Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien

Hermann Ditz

Diss
München
1984

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H.Hippius

Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien

Eine Untersuchung an 830 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Hermann Ditz
aus
Dillingen
1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius
Mitberichterstatter:
Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 20.11.1984

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Problemstellung	1
1.1.	Historische Vorbemerkungen über die Klassifikation psychischer Krankheiten	1
1.2.	Allgemeine Prinzipien einer Klassifikation	2
1.3.	Schwierigkeiten einer Klassifikation von psychischen Störungen	3
1.4.	Die internationale Klassifikation	5
1.5.	Die internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Ausblick	7
2.	Material, Methodik und Fragestellung	10
2.1.	Beschreibung der Daten	10
2.2.	Methodik	10
2.3.	Fragestellung	15
3.	Ergebnisse	17
3.1.	Diagnosengruppe 1: Chronische organische Psychosen	17
*3.1.1.	Häufigkeit	17
*3.1.2.	Geschlechtsverteilung	17
*3.1.3.	Altersverteilung	18
*3.1.4.	Aufenthaltsdauer	18
*3.1.5.	Symptomatik	19

Seite

3.2. Diagnosengruppe 2: Akute organische Psychosen 24
*3.2.1. Häufigkeit 24
*3.2.2. Geschlechtsverteilung 24
*3.2.3. Altersverteilung 24
*3.2.4. Aufenthaltsdauer 25
*3.2.5. Symptomatik 26

3.3. Diagnosengruppe 3: Depressive Neurose 30
*3.3.1. Häufigkeit 30
*3.3.2. Geschlechtsverteilung 30
*3.3.3. Altersverteilung 30
*3.3.4. Aufenthaltsdauer 31
*3.3.5. Symptomatik 32

3.4. Diagnosengruppe 4: Übrige Neurosen 35
*3.4.1. Häufigkeit 35
*3.4.2. Geschlechtsverteilung 35
*3.4.3. Altersverteilung 35
*3.4.4. Aufenthaltsdauer 36
*3.4.5. Symptomatik 36

3.5. Diagnosengruppe 5: Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit 40
*3.5.1. Häufigkeit 40
*3.5.2. Geschlechtsverteilung 40
*3.5.3. Altersverteilung 40
*3.5.4. Aufenthaltsdauer 41
*3.5.5. Symptomatik 42

		Seite
3.6.	Diagnosengruppe 6: Persönlichkeitsstörungen	45
*3.6.1.	Häufigkeit	45
*3.6.2.	Geschlechtsverteilung	45
*3.6.3.	Altersverteilung	45
*3.6.4.	Aufenthaltsdauer	46
*3.6.5.	Symptomatik	47
3.7.	Diagnosengruppe 7: Alkoholismus	50
*3.7.1.	Häufigkeit	50
*3.7.2.	Geschlechtsverteilung	50
*3.7.3.	Altersverteilung	50
*3.7.4.	Aufenthaltsdauer	51
*3.7.5.	Symptomatik	51
3.8.	Diagnosengruppe 8: Medikamentenabhängigkeit	55
*3.8.1.	Häufigkeit	55
*3.8.2.	Geschlechtsverteilung	55
*3.8.3.	Altersverteilung	55
*3.8.4.	Aufenthaltsdauer	56
*3.8.5.	Symptomatik	56
3.9.	Diagnosengruppe 9: Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	60
*3.9.1.	Häufigkeit	60
*3.9.2.	Geschlechtsverteilung	60
*3.9.3.	Altersverteilung	61
*3.9.4.	Aufenthaltsdauer	61
*3.9.5.	Symptomatik	62

Seite

3.10. Diagnosengruppe 10: Oligophrenien 65

*3.10.1. Häufigkeit 65

*3.10.2. Geschlechtsverteilung 65

*3.10.3. Altersverteilung 65

*3.10.4. Aufenthaltsdauer 66

*3.10.5. Symptomatik 66

3.11. Übrige Diagnosen 69

*3.11.1. Häufigkeit 69

*3.11.2. Einteilung 69

3.11.2.1. Neurologische Krankheiten 69

3.11.2.2. Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können 69

3.11.2.3. Psychosomatische Störungen 70

3.11.2.4. Epilepsie 70

3.11.2.5. Sexuelle Verhaltensabweichungen 70

3.11.2.6. Weder neurologisch noch psychisch krank 71

3.11.2.7. Verhaltensstörungen im Kindesalter 71

*3.12. Übersicht über die Hauptdiagnosengruppen 72

3.13. Hauptdiagnosengruppe 1: Chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen 74

*3.13.1. Häufigkeit 74

Seite

*3.13.2. Geschlechtsverteilung 74

*3.13.3. Altersverteilung 74

*3.13.4. Aufenthaltsdauer 75

*3.13.5. Symptomatik 76

3.14. Hauptdiagnosengruppe 2: Depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit 77

*3.14.1. Häufigkeit 77

*3.14.2. Geschlechtsverteilung 77

*3.14.3. Altersverteilung 77

*3.14.4. Aufenthaltsdauer 78

*3.14.5. Symptomatik 78

3.15. Hauptdiagnosengruppe 3: Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit 79

*3.15.1. Häufigkeit 79

*3.1.5.2 Geschlechtsverteilung 79

*3.15.3. Altersverteilung 79

*3.15.4. Aufenthaltsdauer 80

*3.15.5. Symptomatik 80

3.16. Hauptdiagnosengruppe 4: Oligophrenien 81

4. Diskussion 82

4.1. Vergleichende Betrachtung der Diagnosengruppen und der Hauptdiagnosengruppen 82

Seite

4.2. Vergleich unserer Ergebnisse mit den Daten des Jahresberichtes der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität München aus den Jahren 1924/25 103

4.3. Kritische Würdigung der Ergebnisse und Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen 105

5. Zusammenfassung 107

6. Anhang 117

6.1. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 117

6.2. Tabellarischer Anhang 125

7. Literaturverzeichnis 223

* Die Paragraphen,zu denen eine Tabelle oder Abbildung im Anhang gehört, sind mit * gekennzeichnet.

1. Problemstellung

1.1. Historische Vorbemerkungen über die Klassifikation psychischer Krankheiten

Die Geschichte der psychiatrischen Klassifikation wird von der grundlegenden Frage beherrscht, ob psychische Störungen deutlich trennbare Entitäten sind oder Ausdruck einer einzigen psychischen Störung, die verschiedene Formen annimmt.
Kraepelins Konzept (nach Sartorius, 9) war eng mit der Vorstellung von Krankheitsentitäten verbunden. Er glaubte, für jede psychische Störung eine bestimmbare Ursache, einen spezifischen Verlauf und einen vorhersehbaren Ausgang finden zu können. Kraepelin entwarf eine klinische Nosologie, die vor allem auf Methoden der deskriptiven Psychopathologie und Längsschnittbetrachtung basiert.
Man erkennt heute, daß es nicht möglich ist, Krankheitsentitäten, ähnlich denen der anderen medizinischen Fachgebiete, zu definieren. Die multifaktorielle Genese von Ätiologie, Verlauf und Ausgang ist allgemein anerkannt.
In anderen Schulen, die sich gegen das kraepelinsche Konzept, das sich sehr an die Sicht von körperlichen Krankheiten anlehnt, richteten, werden psychische Störungen als Reaktion der Persönlichkeit auf bekannte oder unbekannte pathogenetische Faktoren betrachtet.
Andere Entwicklungen, die teils von Psychoanalytikern, teils von der Psychobiologie Adolf Meyers (nach Sartorius, 9) geäußert wurden, wenden sich gegen eine Kategorisierung von psychischen Störungen und betonen die Einzigartigkeit des Individuums.
Das andere Konzept, daß psychische Störungen Ausdruck einer einzigen grundlegenden Störung sind, die verschiedene Formen annimmt, wurde von Neumann (8) und später von Menninger (nach Sartorius, 9) vertreten.

Diese verschiedenen Ansatzpunkte haben die Meinungsverschiedenheiten auf dem Gebiet der Klassifikation von psychischen Störungen vertieft. Zilboorg (14) bemerkt, daß im 19.Jahrhundert "to produce a well-ordered classification almost seemed to have become the unspoken ambition of every psychiatrist of industry and promise".
Auch sozioökonomische Faktoren begünstigen das Entstehen weiterer Klassifikationen. Die rasche Industrialisierung Europas brachte eine Änderung der Struktur der Familie mit sich. Familienmitglieder, die an einer psychischen Störung leiden, konnten nicht länger in der Obhut der Familie bleiben. Das führte dazu, daß das öffentliche Gesundheitswesen sich intensiver mit den Problemen der psychischen Störung beschäftigte. Man erkannte die Notwendigkeit, diese Probleme zu ökonomisieren und zu planen.

1.2. Allgemeine Prinzipien einer Klassifikation

Der Zweck einer Klassifikation ist es, die Vielzahl der Objekte aufgrund gemeinsamer Merkmale in Klassen zu gruppieren. Übereinstimmende charakteristische Merkmale beschreiben eine Klasse. Ein Objekt soll einer Klasse zugeordnet werden, wenn dessen charakteristischen Merkmale mit denen der jeweiligen Klasse übereinstimmen.
Zwei Anforderungen werden an ein Klassifikationssystem gestellt: jedes Objekt darf nur einer Klasse zugeordnet werden, d.h. die Klassen müssen sich gegenseitig ausschließen; weiterhin soll jedes Objekt tatsächlich zu einer Klasse gehören, d.h. das System der Klassen soll umfassend und erschöpfend sein.
Die Funktion einer Klassifikation soll es sein, Objekte eines Gegenstandes zu beschreiben und weiterhin theoretisch zu systematisieren. Je nach dem Interesse des Benutzers unterscheiden wir verschiedene Zwecke von Klassifikationen. Eine Klassifikation für Versicherungszwecke wird wahrscheinlich Personen anders gruppieren (z.B. nach dem

Erkrankungsrisiko) als eine Klassifikation für Behandlungszwecke (z.B. nach dem Ansprechen auf bestimmte Medikamente).
Innerhalb der medizinischen Wissenschaften kann sich eine Klassifikation orientieren an der Ätiologie, den betroffenen Organsystemen, den Symptomen, dem Verlauf und dem Ausgang von Krankheiten. Je weniger man über die Pathogenese einer Krankheit weiß, umso mehr wird das Gewicht auf einer beschreibenden symptomorientierten Klassifikation liegen.
Bei den psychischen Störungen ist das Wissen über den Verlauf, Ausgang und vor allem über die Pathogenese noch gering, so daß wir viele beschreibende charakteristische Merkmale für die Definition von Klassen benötigen. Wir haben es in der Psychiatrie mit einer Vielzahl von Störungen oder Reaktionen zu tun, die sich nur schwer klassifizieren lassen. Der Wert einer Klassifikation in der Psychiatrie liegt nicht so sehr darin, eine Einteilung von Krankheitsbegriffen zu treffen, sondern dient eher dazu, die Überlegungen auf das Wesentliche einer Krankheit zu richten, vor allem in Bezug auf die Therapie.

1.3. Schwierigkeiten einer Klassifikation von psychischen Störungen

In vielen Gebieten der Medizin gab es einen allmählichen Wechsel von beschreibenden symptomatologischen Merkmalen zu mehr ätiologischen und pathogenetischen Merkmalen. Je mehr man über Pathogenese und Verlauf von Krankheiten weiß, desto weniger beschreibende Merkmale sind erforderlich und desto genauer ist eine Klassifikation. Innerhalb der Psychiatrie ist jedoch das Wissen über Ätiologie, Verlauf und Ausgang von Krankheiten gering, so daß viele beschreibende Merkmale nötig sind, eine psychische Störung zu definieren. Außerdem sind die Störungen, die innerhalb der Psychiatrie zu klassifizieren sind, sehr vielfältig und lassen sich nur unscharf gegeneinander abgrenzen.
Sartorius (9) bemerkt, daß das Hauptkriterium für die Unterscheidung

zweier Krankheitsbilder heute die empirisch und nicht theoretisch festgestellte Tatsache ist, daß zwei Zustandsbilder nicht zusammenhängen. Entscheidend ist die Häufigkeit gemischter Zustandsbilder, die natürlich nicht größer sein darf als die einzelnen typischen Zustandsbilder. Leider finden wir innerhalb der Psychiatrie viele gemischte Zustandsbilder. So dauern die Kontroversen nicht nur bezüglich der Unterschiede zwischen verschiedenen Typen von psychischen Störungen an, sondern auch in Bezug auf den Unterschied zwischen psychischer Störung und der sogenannten Normalität.
Weiterhin bestehen Schwierigkeiten hinsichtlich der Frage, was zu klassifizieren ist. Soll man psychische Störungen nach dem pathologisch-anatomischen Substrat einteilen oder nach der individuellen Symptomatik oder nach dem sozialen Zusammenhang der Störung? Auch hinsichtlich der grundlegenden Frage -klassifizieren wir Krankheiten oder Menschen?- besteht eine Kontroverse zwischen den Psychiatern.
Ein großes Problem stellt das ungenügende Interesse und Wissen derjenigen dar, die mit der Klassifikation arbeiten. Psychiater scheinen sich oft nicht bewußt zu sein, daß ihre Diagnosen mehr sind als private Aufzeichnungen, die nur sie selbst und ihre Patienten betreffen. Die Psychiater sollen erkennen, daß ihre Diagnosen auch von anderen Leuten gebraucht werden (z.B. Statistiker und Beamte der Gesundheitsbehörden) und schließlich auf gesundheitspolitische Entscheidungen Einfluß haben.
Ein weiteres Hindernis für eine allgemein akzeptierte Klassifikation sind die unterschiedlichen Konzepte von psychischen Störungen, die einer Klassifikation zugrunde liegen. Stengel (11) nennt einige Konzepte, die zwangsläufig zu unterschiedlichen Klassifikationen geführt haben. Verantwortlich für eine Reihe von Unterschieden zwischen Klassifikationen sind Meinungsunterschiede über das relative Gewicht von ätiologischen Faktoren.

1.4. Die Internationale Klassifikation

Um Behandlungsergebnisse, epidemiologische Forschungsergebnisse, Kosten u.s.w. auf internationaler Ebene vergleichen zu können, ist es notwendig, eine internationale Klassifikation von psychischen Störungen zu besitzen. Sie soll die bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten, die für den Fortschritt in der Psychiatrie ein Hindernis dargestellt haben, vermindern helfen.
Stengel (11) stellt verschiedene Anforderungen an eine internationale Klassifikation. Um allgemein annehmbar zu sein, muß eine internationale Klassifikation neutral sein in Bezug auf die Kontroversen zwischen den verschiedenen theoretischen Schulen. Stengel sieht in der Einführung von operationalen Definitionen eine Möglichkeit, diese Schwierigkeiten zu überwinden. Die operationalen Definitionen sollen sich an allgemein akzeptierten Definitionen orientieren, über die sich Psychiater verschiedener theoretischer Schulen einigen könnten. Stengel nennt ein Beispiel: "Schizophrenia, then, as an operational concept, would not be an illness, or a specific reaction type, but an agreed operational definition for certain types of abnormal behaviour. It should be less difficult to agree about an operational definition than a hypothetical illness".
Eine internationale Klassifikation soll somit ein Werkzeug der internationalen Kommunikation sein. Sie soll aber die nationalen und regionalen Klassifikationen nicht verdrängen, die viel in Bezug auf Forschung und praktische Anwendung geleistet haben. Um für Psychiater mit unterschiedlichen diagnostischen Konzepten und unterschiedlichem Wissensstand benutzbar zu sein, muß eine internationale Klassifikation konservativ und im zugrunde liegenden theoretischen Konzept über psychische Störungen relativ offen sein.
An eine Klassifikation wird die Anforderung gestellt, konsistent in Bezug auf die zugrunde liegenden Konzepte und Prinzipien der Unterscheidung zu sein. Aber die Klassifikation kann nur ein Spiegel des

gegenwärtigen lückenhaften Wissensstandes über psychische Störungen sein. Da noch keine allgemein akzeptierte Nosologie von psychischen Störungen besteht, ist die Forderung nach Konsistenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt in vollem Umfang nicht zu erfüllen. Stengel zitiert in diesem Zusammenhang Prof.Greenwood: "The scientific purist who will wait for medical statistics until they are nosologically exact is no wiser than Horaces rustic waiting for the river to flow away".
Das in der achten Revision der ICD (12) vorgeschlagene Glossar ist ein bedeutender Schritt zu einer allgemein akzeptierten Klassifikation. Jede Kategorie wird hier definiert und es werden synonyme Begriffe oder Diagnosen genannt, die entweder in dieser Kategorie beinhaltet sind oder gar nicht in diese Kategorie gehören. Wir erläutern das näher anhand der Beschreibung der depressiven Neurose (ICD-Nr.300.4) der achten Revision der ICD:
"Neurosen mit starker Depression, die gewöhnlich einer erkennbaren traumatisierenden Erfahrung folgen, aber deren Stärke nicht im Verhältnis zu dieser Erfahrung steht. Wahnideen oder Halluzinationen gehören nicht dazu. Der Patient beschäftigt sich meist ausschließlich mit dem vorangegangenen psychischen Trauma, z.B. Verlust einer geliebten Person oder eines Besitzes. Die Unterscheidung zwischen depressiver Neurose und psychotischer Depression sollte sich nicht nur auf den Grund der Depression stützen, sondern auch auf das Vorhandensein oder Fehlen anderer neurotischer und psychotischer Züge und auf den Grad der Störung im Verhalten des Patienten.
Auszuschließen:
Involutionsdepression (ICD-Nr. 296.0)
Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose (ICD-Nr.296.2)
Reaktive depressive Psychose (ICD-Nr.298.0)
Andere affektive Psychosen (ICD-Nr.296.8)
Dazugehörige Begriffe:
Depressiver Angstzustand
(Nicht näher bezeichnete Depression)
(Depressive Reaktion)
Neurotische Depression
Neurotisch-depressives Zustandsbild
(Reaktive Depression)"

Bei der Verfassung des Glossars legte man größeres Gewicht auf die Beschreibung der Symptomatik als die Ätiologie und Pathogenese zu diskutieren. Damit ist es Psychiatern aus verschiedenen diagnostischen Schulen und unterschiedlichem Wissensstand möglich, die Klassifikation der WHO zu benutzen. Das Glossar konnte die Verwirrung, die aus dem widersprüchlichen Gebrauch von Begriffen erwachsen ist, beträchtlich vermindern.
Weiterhin müssen alle Personen, die die Klassifikation benutzen, die Klassifikation kennen und deren Bedeutung für internationale Vergleiche anerkennen. Stengel bemerkt, daß früher oft nur der Statistiker an der Klassifikation interessiert war. Vor allem aber müssen die Psychiater Sinn und Zweck dieser Klassifikation sehen und wissen, daß ihre Daten mehr sind als private Aufzeichnungen.
Ein weiterer Grund für eine einfache Darstellung einer internationalen Klassifikation ist, daß ein großer Teil des Patientenguts außerhalb der psychiatrischen Kliniken in Privatpraxen und anderen ambulanten Einrichtungen behandelt wird. Um auch für diese ambulanten Patienten geeignet zu sein, sollte die internationale Klassifikation relativ einfach gehalten sein.

1.5. Die internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Ausblick

Viele der Anforderungen, die oben genannt wurden, hat die ICD bis zur achten Revision in Genf (12) erfüllt. Vor allem die Ausarbeitung eines internationalen Glossars brachte einen großen Schritt nach vorne. Im Rahmen des Programms der WHO für eine allgemein annehmbare internationale Klassifikation wurden in den Jahren von 1965 bis 1972 acht Seminare abgehalten. In diesen Seminaren wurde die ICD, die 1967 und 1969 von der WHO veröffentlicht wurde, jeweils verbessert. Die ICD (International Classification of Diseases) ist eine statistische

Klassifikation von Krankheiten und Verletzungen, die von den meisten Ländern angenommen wurde. Die achte Revision beinhaltet siebzehn Sektionen, in denen verschiedene Kriterien der Unterscheidung benutzt werden, wie z.B. topographisch (z.B. Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes), ätiologisch (z.B. Infektionskrankheiten) oder situationsgebunden (z.B. Schwangerschaftskomplikationen). Vor allem hat die Ausarbeitung eines internationalen Glossars einen bedeutenden Beitrag zu einer Verminderung der Kommunikationsschwierigkeiten geleistet. Weiterhin hat die WHO, außer den verschiedenen Verbesserungsvorschlägen an der ICD und am Glossar, einen anderen Typus von einem Klassifikationssystem vorgeschlagen. Es wurde der Versuch unternommen, die psychischen Störungen mit Hilfe eines mehrachsigen Klassifikationssystems zu beschreiben, wie Syndromachse, ätiologische Achse u.s.w.. Die WHO hat bereits 1967 versucht, einen solchen Weg zu beschreiten. Dabei sollten die psychischen Störungen des Kindes beschrieben werden auf der Achse der intellektuellen Fähigkeit, auf der Achse der ätiologischen Faktoren und später auf der Achse der mit der Störung vergesellschafteten sozialen und kulturellen Faktoren. Eine Reihe von Studien haben ergeben, daß dieses multiachsiale Klassifikationssystem quantitativ und qualitativ bessere Daten über die Patienten liefert als die ICD.

Ein weiterer Punkt, worauf sich das Forschungsinteresse richten soll, ist die Verbesserung der Qualität und Präzision von Beschreibungen der Einzelheiten eines Krankheitsbildes. Dazu ist es notwendig, bereits die Methoden, die zu den Daten führen, die klassifiziert werden müssen, zu verbessern, zu standardisieren und zu objektivieren. Das würde eine genauere Datenbasis liefern, so daß neue Klassifikationsmodelle besser getestet werden können.

Weiterhin müssen Trainingsprogramme durchgeführt werden, an denen alle Personen, die die Klassifikation benützen, teilnehmen sollten.

Für die zukünftigen Psychiater sollen schon während des Studiums Kurse abgehalten werden, um sie mit der Problematik von Klassifikationen vertraut zu machen. Sie sollen systematisch in Diagnosestellung,

Klassifikationserarbeitung und Statistik ausgebildet werden.

Mit der ausführlichen Beschreibung von demographischen und klinischen Daten und der Symptomatik von Krankheitsbildern in dieser Arbeit soll die Möglichkeit geschaffen werden, die unter Verwendung der ICD-8 (12) gewonnenen Ergebnisse mit den Daten zukünftiger Arbeiten, denen die ICD-9 (13) zugrunde liegt, zu vergleichen. Damit soll es möglich sein, nachzuprüfen, in welchem Maße die Anwendung der neunten Auflage der ICD zuverlässigere und qualitativ bessere Daten über die Patienten mit psychischen Störungen liefert.

2. Material, Methodik und Fragestellung

2.1. Beschreibung der Daten

Im Beobachtungszeitraum vom 1.1.1978 bis 31.12.1978 wurden 1750 Patienten in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommen. Wir werten in dieser Arbeit Dokumentationsunterlagen der 830 Patienten aus, bei denen die ICD-Kategorien 290-294, 299-316, 345 und E950-E959 der achten Revision gestellt wurden. Wir untersuchen die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP-Systems (1) dokumentiert wurde, wobei wir nur den Aufnahmebefund berücksichtigen. Außerdem bearbeiten wir Daten über das Geschlecht, das Alter und die Aufenthaltsdauer. Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgte im Rechenzentrum des Klinikums Großhadern.

2.2. Methodik

Die diagnostische Beschreibung der 830 Patienten richtet sich nach der ICD-Klassifikation der achten Revision. Zunächst fassen wir die oben genannten ICD-Kategorien zu zehn Diagnosengruppen zusammen. Zur Festlegung einer Diagnosengruppe ziehen wir die dreistelligen ICD-Diagnoseziffern heran. Ausnahmen bilden zwei von uns neu eingeführte Diagnosengruppen: chronische organische Psychosen und akute organische Psychosen. Diese zwei neuen Kategorien beinhalten die dreistelligen Schlüsselnummern 290-294 der ICD-8. Die ICD-Schlüsselnummer 300 (Neurosen) teilen wir auf in die Diagnosengruppen depressive Neurose und übrige Neurosen. Die dreistellige ICD-Kategorie vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten,die mit situativen Belastun-

gen in Zusammenhang stehen (ICD-Nr.307) wird durch die ICD-Kategorien E950-E959 (Selbstmord und Selbstbeschädigung) zu unserer Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit ergänzt. Die Diagnosengruppe Alkoholismus umfasst die dreistellige ICD-Kategorie Alkoholismus (ICD-Nr.303) und die vierstellige ICD-Kategorie Alkoholrausch (ICD-Nr.291.4).

Einteilung der ICD-Kategorien in zehn Diagnosengruppen:

Diagnosengruppe 1:	chronische organische Psychosen
ICD-Nr.290:	Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten
ICD-Nr.291.1:	alkoholisches Korsakow-Syndrom
ICD-Nr.293.0:	Psychosen bei Hirnarteriosklerose
ICD-Nr.293.1:	Psychosen bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen
ICD-Nr.293.4:	Psychosen bei degenerativen Erkrankungen des ZNS
Diagnosengruppe 2:	akute organische Psychosen
ICD-Nr.291.0:	Delirium tremens
ICD-Nr.291.2:	Alkohol-Halluzinose
ICD-Nr.291.3:	Alkoholischer Eifersuchtswahn
ICD-Nr.291.9:	andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen
ICD-Nr.292:	Psychosen bei intrakraniellen Infektionen
ICD-Nr.293.2:	Psychosen bei Epilepsie
ICD-Nr.293.3:	Psychosen bei intrakraniellen Tumoren
ICD-Nr.293.5:	Psychosen bei Hirntraumen
ICD-Nr.293.9:	Psychosen bei anderen und nicht näher bezeichneten cerebralen Störungen
ICD-Nr.294:	Psychosen bei anderen körperlichen Störungen

Diagnosengruppe 3:	depressive Neurose
ICD-Nr.300.4:	depressive Neurose
Diagnosengruppe 4:	übrige Neurosen
ICD-Nr.300.0:	Angstneurose
ICD-Nr.300.1:	hysterische Neurose
ICD-Nr.300.2:	Phobie
ICD-Nr.300.3:	Zwangsneurose
ICD-Nr.300.5:	Neurasthenie
ICD-Nr.300.6:	neurotisches Depersonalisationssyndrom
ICD-Nr.300.7:	hypochondrische Neurose
ICD-Nr.300.8:	andere Neurosen
ICD-Nr.300.9:	nicht näher bezeichnete Neurosen
Diagnosengruppe 5:	vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit
ICD-Nr.307:	vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen
ICD-Nr.E950-E959:	Selbstmord und Selbstbeschädigung
Diagnosengruppe 6:	Persönlichkeitsstörungen
ICD-Nr.301:	Persönlichkeitsstörungen
Diagnosengruppe 7:	Alkoholismus
ICD-Nr.303:	Alkoholismus
ICD-Nr.291.4:	Alkoholrausch
Diagnosengruppe 8:	Medikamentenabhängigkeit
ICD-Nr.304:	Medikamentenabhängigkeit

Diagnosengruppe 9:	nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen
ICD-Nr.309:	psychische Störungen, die nicht als Psychosen bezeichnet werden können, jedoch mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Diagnosengruppe 10:	Oligophrenien
ICD-Nr.310:	Minderbegabung (Grenzfälle)
ICD-Nr.311:	leichter Schwachsinn
ICD-Nr.312:	deutlicher Schwachsinn
ICD-Nr.313:	schwerer Schwachsinn
ICD-Nr.314:	hochgradiger Schwachsinn
ICD-Nr.315:	nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad

Diejenigen ICD-Kategorien, deren Patienten einen Anteil von jeweils weniger als 1% am gesamten Patientengut des Jahres 1978 haben, werden unter dem Begriff übrige Diagnosen zusammengefasst:

Übrige Diagnosen	
ICD-Nr.302:	sexuelle Verhaltensabweichungen
ICD-Nr.305:	psychosomatische Störungen (körperliche Störungen wahrscheinlich psychischen Ursprungs)
ICD-Nr.306:	besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können
ICD-Nr.308:	Verhaltensstörungen im Kindesalter
ICD-Nr.316.1:	neurologische Krankheiten
ICD-Nr.316.2:	weder neurologisch noch psychisch krank
ICD-Nr.345:	Epilepsie

Die zehn Diagnosengruppen fassen wir unter nosologischen Gesichtspunkten zu vier Hauptdiagnosengruppen zusammen:

Hauptdiagnosengruppe 1:

Diagnosengruppe 1:	chronische organische Psychosen
Diagnosengruppe 2:	akute organische Psychosen
Diagnosengruppe 9:	nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Hauptdiagnosengruppe 2:

Diagnosengruppe 3:	depressive Neurose
Diagnosengruppe 4:	übrige Neurosen
Diagnosengruppe 5:	vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit
Diagnosengruppe 6:	Persönlichkeitsstörungen

Hauptdiagnosengruppe 3:

Diagnosengruppe 7:	Alkoholismus
Diagnosengruppe 8:	Medikamentenabhängigkeit

Hauptdiagnosengruppe 4:

Diagnosengruppe 10:	Oligophrenien

Ausgehend von den Daten des psychopathologischen Aufnahmebefundes, die mit Hilfe des AMDP-Systems erhoben wurden, stellen wir für jede Diagnosengruppe die Häufigkeit und den Ausprägungsgrad der Symptome dar. Weiterhin geben wir für jede Diagnosengruppe die Geschlechtsverteilung, die Altersverteilung und die Aufenthaltsdauer in der Klinik an. Diese Daten werden sowohl anhand einer ausführlichen Beschreibung im Ergebnisteil als auch anhand von Tabellen und Abbildungen im Anhang erläutert. Bei der Darstellung der Symptomatik der einzelnen Diagnosengruppen legen wir besonderen Wert auf einen Vergleich mit

der Symptomatik der jeweiligen Hauptdiagnosengruppe; wir versuchen, Unterschiede in der Häufigkeit sowie im Ausprägungsgrad herauszuarbeiten.
Bei der Darstellung der einzelnen Symptome beschränken wir uns auf folgende Auswahlkriterien:
a) Symptome, deren Häufigkeit $\geq$ 10% der Patienten ist
b) auffallend stark ausgeprägte Symptome, auch $<$ 10% der Patienten
c) Ausnahmen
Bei der Beschreibung der Symptomatik der Diagnosengruppe depressive Neurose ziehen wir zusätzlich die Darstellung der Diagnosengruppe depressive affektive Psychose (4) zum Vergleich heran. Dabei bilden auffällige Unterschiede in der Häufigkeit und im Ausprägungsgrad der Symptome ein weiteres Auswahlkriterium.
Den Anfang des tabellarischen Anhangs bildet eine Übersicht über die zehn Diagnosengruppen. Die Diagnosengruppen werden hinsichtlich der Häufigkeit, der Geschlechterrelation, des Durchschnittsalters und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik zueinander in Beziehung gesetzt. Die Symptomatik stellen wir tabellarisch so dar, daß mit einem Blick die Häufigkeit eines Symptoms im Vergleich der zehn Diagnosengruppen untereinander erkannt werden kann.
Die Darstellung der übrigen Diagnosen beschränken wir auf die tabellarische Übersicht der einzelnen Diagnosenhäufigkeiten, der Geschlechtsverteilung, des Durchschnittsalters und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik.

2.3. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe als Ziel, die Diagnosengruppen mit Hilfe der bei den Patienten beobachteten Symptome zu beschreiben und für jede Diagnosengruppe ein kennzeichnendes Symptomenprofil zu erstellen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen für Vergleiche mit zukünftigen ähnlichen Untersuchungen zur Verfügung stehen. Insbesondere können unsere Ergebnisse mit Untersuchungen, die mit Hilfe der ICD-9 erstellt werden, verglichen werden.
In dieser Arbeit werden nur die Patienten mit den oben angeführten ICD-Diagnosen untersucht. Patienten mit nichtorganischen Psychosen werden in der Dissertation von Herrn H.Engelhardt "Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit nichtorganischen Psychosen. Statistische Untersuchungen unter Verwendung der Daten von 917 Patienten" (4) behandelt.

3. Ergebnisse

3.1. Diagnosengruppe 1: Chronische organische Psychosen

3.1.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden an unserer Klinik bei 39 Patienten Diagnosen aus der Gruppe der chronischen organischen Psychosen gestellt. In Bezug auf das gesamte untersuchte Patientengut von 1750 Personen im Jahre 1978 beträgt der Anteil dieser Diagnosengruppe 2.2%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 4.7%. Der Anteil der chronischen organischen Psychosen an der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beträgt 25.5%.

3.1.2. Geschlechtsverteilung (Tab.6, Tab.2, Tab.29)

Von den 39 Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen sind 41.0% Männer und 59.0% Frauen. Bei Frauen wird diese Diagnose 1.4 mal häufiger gestellt, im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, die bei Männern 1.3 mal häufiger gestellt wird. Im Vergleich zu den anderen untersuchten Diagnosengruppen ist der Anteil der Frauen gegenüber den Männern in dieser Diagnosengruppe am größten.

3.1.3. Altersverteilung (Abb.1, Abb.2, Abb.31, Abb.32, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 34 und 86 Jahren. Nach einem flachen Anstieg der Verteilungskurve bis zum 59. Lebensjahr fällt die Kurve auf 3% der Patienten in der Altersgruppe zwischen 60 und 64 Jahren ab. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 65. und 69. Lebensjahr mit 23% der Patienten. Anschließend fällt die Kurve fast kontinuierlich ab. 56% der Patienten sind älter als 64 Jahre.
Bei der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß 52% der Frauen in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren liegen. Bei den Männern findet sich eine nahezu gleichmäßige Häufigkeitsverteilung von 30 bis 84 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei den Frauen mit 65.2 Jahren höher als bei den Männern mit 58.1 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten dieser Diagnosengruppe beträgt 62.3 Jahre. Es liegt deutlich höher als das Durchschnittsalter der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (45.8 Jahre).

3.1.4. Aufenthaltsdauer (Abb.3, Abb.33, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen liegt zwischen 1 und 189 Tagen. Der überwiegende Anteil der Patienten (92%) hielt sich bis zu 89 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve zeigt drei Häufigkeitsgipfel. Der erste liegt zwischen 10 bis 19 Tagen (18% der Patienten), der zweite zwischen 30 bis 39 Tagen (13% der Patienten) und der dritte Gipfel liegt zwischen 70 bis 79 Tagen (13% der Patienten). Mit dem Mittelwert von 39.9 Tagen haben die Patienten mit chronischen organischen Psychosen

die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller zehn in dieser Arbeit untersuchten Diagnosengruppen. Auch gegenüber der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (30.0 Tage) ist sie deutlich erhöht. Bei Männern beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 39 Tage, bei Frauen 40 Tage.

3.1.5. Symptomatik (Tab.7, Tab.30)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n treten selten auf. Nur eine Bewußtseinstrübung mit 13% der Patienten und ein delirantes Verhalten mit 18% der Patienten kommen mit allen Ausprägungsgraden vor.

O r i e n t i e r u n g s s t ö r u n g e n beobachten wir häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Sie treten meist in mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf. 56% der Patienten sind zeitlich desorientiert, 41% der Patienten sind örtlich desorientiert, 38% der Patienten sind situativ desorientiert und 15% der Patienten sind über die eigene Person desorientiert.

Auch A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö r u n g e n kommen häufiger vor als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Wir finden überwiegend einen mittleren Ausprägungsgrad der Symptome, nur bei den Merkfähigkeitsstörungen (74% der Patienten) steigt die Anzahl der Pa-

tienten mit zunehmendem Ausprägungsgrad. Konzentrationsstörungen zeigen 82% der Patienten. Innerhalb der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen ist dieses Symptom das häufigste. Auffassungsstörungen beobachten wir bei 56% der Patienten, Gedächtnisstörungen bei 67% der Patienten und Konfabulationen bei 18% der Patienten.

Unter den formalen Denkstörungen ist das Symptom verlangsamt mit 56% der Patienten, vorwiegend in mittelschwerer Ausprägung, am häufigsten vertreten. Eingeengtes Denken finden wir bei 41% der Patienten und umständliches Denken bei 44% der Patienten. Diese drei Symptome treten deutlich häufiger auf als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Vorbeireden stellen wir bei 13% der Patienten und perseverierendes Denken bei 28% der Patienten fest. Inkohärentes/zerfahrenes Denken (10% der Patienten) kommt in der Hauptdiagnosengruppe mit 17% der Patienten häufiger vor.

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien beobachten wir selten. Eine Hypochondrie (nicht wahnhaft) stellen wir bei 21% der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung fest. Dieses Symptom zeigen nur 11% der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen.

Wahn symptome treten selten auf. Bei 23% der Patienten finden wir eine Wahnstimmung. Wahnwahrnehmung und Wahneinfall/Wahngedanken kommen bei jeweils 18% der Patienten in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung vor. Systematisierten Wahn stellen wir bei 15% der Patienten fest. Seltener ist der Beziehungswahn bei 13% der Patienten und der Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn bei 10% der Patienten, der auch gegenüber der Hauptdiagnosengruppe (18% der Patienten) seltener auftritt.

Sinnestäuschungen zeigen wenige Patienten. Am häufigsten beobachten wir Stimmenhören bei 15% der Patienten und optische Halluzinationen bei 13% der Patienten.

Ich- und Persönlichkeitsstörungen kommen äußerst selten vor.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen zeigen Symptome in vorwiegend leichter bis mittelschwerer Ausprägung. 44% der Patienten sind ängstlich, 41% der Patienten sind deprimiert/traurig, 38% der Patienten sind innerlich unruhig, 26% der Patienten sind klagsam/jammerig und jeweils 23% der Patienten sind ratlos, hoffnungslos/verzweifelt und gespannt. Affektstörungen treten bei 21% der Patienten als affektlabil und bei 18% der Patienten als affektstarr auf. In der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen finden wir das Symptom affektlabil deutlich seltener (11% der Patienten). Gesteigertes Selbstwertgefühl und Ambivalenz beobachten wir, im Gegensatz zur Hauptdiagnosengruppe, überhaupt nicht. Eine gehobene/euphorische Stimmung kommt bei 5% der Patienten seltener vor als in der Hauptdiagnosengruppe (12% der Patienten).

Bei den psychomotorischen Störungen fällt auf, daß die Patienten sowohl einen gesteigerten als auch einen verminderten Antrieb zeigen. Einerseits sind die Patienten antriebsarm (44% der Patienten) und antriebsgehemmt (13% der Patienten), andererseits sind sie antriebsgesteigert (18% der Patienten). Motorische Unruhe stellen wir bei 28% der Patienten fest. Die genannten Symtome finden wir in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Symptome wie Parakinesen/Stereotypien und maniriert, die in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen bei 7% bzw. 6% der Patienten auftreten, kommen überhaupt nicht vor.

Verlaufsbesonderheiten: auffallend häufig beobachten wir das Symptom nächtliche Exazerbationen. Es tritt bei 33% der Patienten in vorwiegend mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf und somit deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe (12% der Patienten). Eine abendliche Besserung finden wir bei 10% der Patienten.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit stellen wir häufig fest. Die Symptome sind hauptsächlich mittelschwer ausgeprägt. Bei 56% der Patienten ist der Kontakt vermindert und somit deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (42% der Patienten). Krank fühlen sich 49% der Patienten und einen Mangel an Krankheitsgefühl zeigen 18% der Patienten. Einen Mangel an Krankheitseinsicht beobachten wir bei 31% der Patienten in mittelschwerer und schwerer Ausprägung. Suizidtendenzen haben 10% der Patienten; zu Suizidhandlungen kommt es in 3% der Fälle. Die Sexualität ist bei 15% der Patienten vermindert. Bei 26% der Patienten ist die Beschäftigung in vorwiegend schwerer Ausprägung erschwert. Nur 8% der Patienten lehnen eine Behandlung ab, in der Hauptdiagnosengruppe sind es 16% der Patienten.

Somatischer Befund

Schlafstörungen kommen, wie in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, häufig und überwiegend in mittelschwerer Ausprägung vor. Wir stellen bei 72% der Patienten eine Durchschlafstörung und bei 59% der Patienten eine Einschlafstörung fest.

Appetenzstörungen: bei 49% der Patienten ist der Appetit vermindert.

Vegetative Symptome treten insgesamt selten auf. "Kopfdruck" o.ä. kommt bei 23% der Patienten und Schwindel bei 28% der Patienten in meist leichter Ausprägung vor. Schwitzen beobachten wir bei 8% der Patienten deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe (26% der Patienten).

N e u r o l o g i s c h e S y m p t o m e: deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen zeigen die Patienten eine Erhöhung des Muskeltonus (21%) und andere neurologische Symptome (33%). Eine Hypokinese stellen wir bei 13% der Patienten, einen feinschlägigen Tremor bei 10% der Patienten und eine Ataxie bei ebenfalls 10% der Patienten fest.

3.2. Diagnosengruppe 2: Akute organische Psychosen

3.2.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden an unserer Klinik bei 85 Patienten Diagnosen aus der Gruppe der akuten organischen Psychosen gestellt. In Bezug auf das gesamte untersuchte Patientengut von 1750 Personen im Jahre 1978 beträgt der Anteil der Patienten dieser Diagnosengruppe 4.9%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 10.2%. Der Anteil der akuten organischen Psychosen an der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beträgt 55.5%.

3.2.2. Geschlechtsverteilung (Tab.8, Tab.29, Tab.2)

Von den 85 Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen sind 57.7% Männer und 42.3% Frauen. Bei den Männern wird die Diagnose 1.4 mal häufiger gestellt, in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen 1.3 mal häufiger.

3.2.3. Altersverteilung (Abb.4, Abb.5, Abb.31, Abb.32, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 19 und 80 Jahren. 76% der Patienten sind im Alter von 20 bis 49 Jahren.

Innerhalb dieser Altersgrenzen stellen wir drei Häufigkeitsgipfel fest. Der erste liegt in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren mit 13% der Patienten, der zweite liegt in der Altersgruppe von 35 bis 39 Jahren mit 20% der Patienten und der dritte liegt in der Altersgruppe von 45 bis 49 Jahren mit 16% der Patienten. Danach fällt die Kurve bis zum Alter von 69 Jahren fast kontinuierlich ab. Nur 21% der Patienten sind älter als 49 Jahre.
Die Altersverteilung getrennt nach Geschlecht zeigt nur geringe Unterschiede. Erwähnenswert ist, daß 22% der Männer und nur 6% der Frauen in der Altersgruppe bis zu 24 Jahren sind. Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 40.9 Jahre, das der Männer 39.3 Jahre. In der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen dagegen ist das Durchschnittsalter der Frauen mit 51.1 Jahren deutlich höher als das der Männer mit 41.7 Jahren. Das durchschnittliche Alter aller Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen beträgt 39.9 Jahre und liegt somit deutlich unter dem Durchschnittsalter der Patienten der Hauptdiagnosengruppe (45.8 Jahre).

3.2.4. Aufenthaltsdauer (Abb.6, Abb.33, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen liegt zwischen 1 und 269 Tagen. Der überwiegende Anteil der Patienten (95%) hielt sich bis zu 69 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve zeigt zwei Häufigkeitsgipfel. Der erste liegt zwischen 1 und 9 Tagen (24% der Patienten) und der zweite liegt zwischen 30 und 39 Tagen (18% der Patienten). Mit dem Mittelwert von 29.4 Tagen nehmen die Patienten mit akuten organischen Psychosen einen mittleren Rang innerhalb der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aller

zehn in dieser Arbeit untersuchten Diagnosengruppen ein. Im Vergleich zur Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kürzer (30.7 Tage). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer beträgt 31 Tage, die der Frauen 27 Tage.

3.2.5. Symptomatik (Tab.9, Tab.30)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n sind selten und treten vorwiegend in leichter Ausprägung auf. Eine Bewußtseinstrübung beobachten wir bei 8% der Patienten, delirant sind 17% der Patienten und umdämmert sind 11% der Patienten.

O r i e n t i e r u n g s s t ö r u n g e n: nahezu ein Drittel der Patienten zeigt die drei Symptome zeitlich desorientiert (35%), örtlich desorientiert (28%) und situativ desorientiert (26%) in meist leichter Ausprägung.

A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö r u n g e n treten sehr häufig auf. Wie bei der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen ist die Konzentrationsstörung das häufigste Symptom (68% der Patienten). Auffassungsstörungen beobachten wir bei 53% der Patienten, Merkfähigkeitsstörungen bei 52% der Patienten und Gedächtnisstörungen bei 42% der Patienten in leichter bis mittelschwerer Ausprägung.

F o r m a l e D e n k s t ö r u n g e n werden bei der akuten organischen Psychose bei weniger als 30% der Patienten festgestellt. Sie treten meist in leichter bis mittelschwerer Ausprägung auf. Am häufigsten finden wir das Symptom verlangsamt bei 28% der Patienten. 26% der Pa-

tienten zeigen inkohärentes/zerfahrenes Denken und 22% der Patienten perseverierendes Denken, sowie Vorbeireden. Alle übrigen formalen Denkstörungen treten mit einer Häufigkeit zwischen 8% und 20% der Patienten auf. Die Symptome verlangsamt, eingeengt und umständlich kommen in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen häufiger vor.

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien stellen wir selten fest. Das Symptom überwertige Ideen tritt bei 11% der Patienten auf. Hypochondrie (nicht wahnhaft) beobachten wir bei 5% der Patienten deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe (11% der Patienten).

Wahn symptome treten überwiegend in mittelschwerer Ausprägung auf. Wahnstimmung kommt bei 21% der Patienten vor, Wahnwahrnehmung bei 16% der Patienten, Wahneinfall/Wahngedanken bei 22% der Patienten und Wahndynamik bei 16% der Patienten. Am häufigsten finden wir den Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn (27% der Patienten). Einen Beziehungswahn stellen wir bei 13% der Patienten fest. Alle übrigen Wahnsymptome liegen in ihrer Häufigkeit unter 6% der Patienten.

Unter den Sinnestäuschungen kommen optische Halluzinationen bei 22% der Patienten vor, davon 26% in schwerer Ausprägung. Stimmen hören 20% der Patienten in meist mittelschwerer bis schwerer Ausprägung. Andere akustische Halluzinationen haben 7% der Patienten, davon 50% in schwerer Ausprägung. Bei jeweils 5% der Patienten beobachten wir die Symptome Illusionen, Körperhalluzinationen/Körperfühlstörungen und Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.

Ich- und Persönlichkeitsstörungen: kein Symptom kommt häufiger als bei 7% der Patienten vor. In diesen Fällen finden wir vorwiegend einen mittleren Ausprägungsgrad.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen sind häufig. 51% der Patienten sind ängstlich in meist mittelschwerer Ausprägung. Bei 48% der Patienten stellen wir eine innere Unruhe und bei 38% der

Patienten eine Ratlosigkeit fest. Deprimiert/traurig sind 34% der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung. Je 31% der Patienten sind mißtrauisch/feindselig und gespannt. Wir beobachten bei 21% der Patienten mürrisch gereiztes/dysphorisches Verhalten, bei 18% der Patienten dagegen gehobene/euphorische Stimmung. Hoffnungslos/verzweifelt sind 18% der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung. Eine Störung der Vitalgefühle kommt bei 15% der Patienten vor. Ebenso zeigen 15% der Patienten ambivalentes Verhalten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung. Affektstörungen treten in meist mittelschwerer Ausprägung bei 19% der Patienten als affektiv inadäquat, bei 7% der Patienten als affektlabil, bei 11% der Patienten als affektinkontinent und bei 14% der Patienten als affektstarr auf.

Bei den psychomotorischen Störungen fällt auf, daß die Patienten sowohl antriebsarm (31%) und antriebsgehemmt (15%) als auch antriebsgesteigert (21%) sind. Motorische Unruhe zeigen 36% der Patienten, davon 48% in mittelschwerer Ausprägung. Von den 4% der Patienten mit stuporösem Verhalten haben 67% eine schwere Ausprägung. 8% der Patienten sind mutistisch in meist leichter Ausprägung. Bei jeweils 11% der Patienten kommen Parakinesen/Stereotypien, maniriertes und logorrhoisches Verhalten vor.

Verlaufsbesonderheiten fallen nicht auf. Eine abendliche Besserung tritt bei 7% der Patienten ein. Nächtliche Exazerbationen sind im Vergleich zur Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen selten.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit treten meist in mittelschwerer Ausprägung auf. Mangel an Krankheitseinsicht zeigen 42% der Patienten, davon 61% mit schwerer Ausprägung. Ebenso beobachten wir bei den 27% der Patienten, die einen Mangel an Krankheitsgefühl zeigen, eine meist schwere Ausprägung. 38% der Patienten fühlen sich dagegen krank. Eine Behandlung lehnen 22% der Patienten ab. Der Kontakt ist bei 36% der Patienten ver-

mindert. Suizidtendenzen haben 11% der Patienten; zu Suizidhandlungen kommt es in 4% der Fälle. Aggressionstendenzen aller Ausprägungsgrade zeigen 13% der Patienten, Aggressionshandlungen 5% der Patienten. Die Beschäftigung ist bei 19% der Patienten erschwert.

Somatischer Befund

S c h l a f s t ö r u n g e n kommen häufig und überwiegend in mittelschwerer Ausprägung vor. Am häufigsten berichten die Patienten über eine Durchschlafstörung (54% der Patienten), eine Einschlafstörung (48% der Patienten) und eine Verkürzung der Schlafdauer (24% der Patienten).

A p p e t e n z s t ö r u n g e n: bei 42% der Patienten stellen wir eine meist mittelschwer bis leicht ausgeprägte Appetitverminderung fest.

V e g e t a t i v e S y m p t o m e: die Patienten zeigen die Symptome Schwitzen (34%), "Kopfdruck" o.ä. (16%) und Schwindel (18%). Diese Symptome sind meist mittelschwer bis leicht ausgeprägt. Die übrigen vegetativen Symptome werden seltener beobachtet.

Unter den n e u r o l o g i s c h e n S y m p t o m e n tritt ein feinschlägiger Tremor bei 20% der Patienten in meist leichter Ausprägung auf. Einen mittel- und grobschlägigen Tremor stellen wir bei 11% der Patienten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung fest. Ataxie beobachten wir bei 13% der Patienten. Andere neurologische Symptome sind bei 14% der Patienten in meist leichter Ausprägung seltener als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (22% der Patienten).

3.3. Diagnosengruppe 3: Depressive Neurose

3.3.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde an unserer Klinik bei 193 Patienten die Diagnose depressive Neurose gestellt. In Bezug auf das gesamte untersuchte Patientengut von 1750 Personen im Jahre 1978 beträgt der Anteil der Patienten dieser Diagnosengruppe 11.0%. Somit wurde diese Diagnose nach der depressiven affektiven Psychose (16.6% aller Patienten) im Jahre 1978 am häufigsten gestellt. Unter den in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 23.3%. Von allen 316 Patienten mit Neurosen bedeutet das einen Anteil von 61%, innerhalb der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit bedeutet das einen Anteil von 38.2%.

3.3.2. Geschlechtsverteilung (Tab.10, Tab.31, Tab.2)

Von den 193 Patienten mit depressiver Neurose sind 111 Männer und 82 Frauen, d.h. die Population setzt sich aus 57.5% Männer und 42.5% Frauen zusammen. Somit wird bei Männerndie Diagnose 1.4 mal häufiger gestellt. In der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit ist die Relation Männer : Frauen ähnlich; sie beträgt 1.3 : 1.

3.3.3. Altersverteilung (Abb.7, Abb.8, Abb.34, Abb.35, Tab.3)

Das Alter der Patienten mit depressiver Neurose liegt zwischen 16 und

72 Jahren, wobei 82% der Patienten 44 Jahre und jünger sind. Die Altersverteilungskurve zeigt einen Gipfel zwischen 20 und 24 Jahren. 18% der Patienten gehören dieser Altersgruppe an. Ab 45 Jahren fällt die Kurve annähernd gleichmäßig ab.
Beim Vergleich der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß 41% der Männer im Alter zwischen 16 und 24 Jahren sind, während es bei den Frauen nur 15% sind. Eine ähnliche Altersverteilung getrennt nach Geschlecht findet sich auch in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. Das durchschnittliche Alter der Frauen beträgt 36.7 Jahre, das der Männer 31.2 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Patienten liegt bei 33.5 Jahren, in der Hauptdiagnosengruppe bei 31.3 Jahren.

3.3.4. Aufenthaltsdauer (Abb.9, Abb.36, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit depressiver Neurose liegt zwischen 1 und 249 Tagen, wobei aber 99% der Patienten bis zu 139 Tagen in der Klinik waren. 78% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 49 Tagen in der Klinik auf, bei einem Häufigkeitsgipfel von 20% der Patienten zwischen 10 und 19 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 31.1 Tage und zeigt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit zeigt, abgesehen von einem anfänglichen Häufigkeitsgipfel (1 bis 9 Tagen)- verursacht durch die Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit-, ein ähnliches Bild. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in der Hauptdiagnosengruppe mit 28.4 Tagen kürzer als in der Diagnosengruppe depressive Neurose.

3.3.5. Symptomatik (Tab.11, Tab.32, Tab. Engelhardt 2.7.4.)

Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sind äußerst selten.
Dasselbe gilt für Orientierungsstörungen.

Aufmerksamkeit- und Gedächtnisstörungen beobachten wir seltener als bei der depressiven affektiven Psychose.
26% der Patienten zeigen Konzentrationsstörungen und 12% der Patienten Merkfähigkeitsstörungen, jeweils in meist leichter Ausprägung.
Formale Denkstörungen in überwiegend leichter Ausprägung kommen selten vor. Bei jeweils 13% der Patienten stellen wir verlangsamtes und eingeengtes Denken fest. Dieselben formalen Denkstörungen treten auch bei der depressiven affektiven Psychose am häufigsten auf.
Bei den überwertigen Ideen, Zwängen, Phobien finden wir, wie bei der depressiven affektiven Psychose, nur das Symtom Hypochondrie (nicht wahnhaft). Wir beobachten es bei 12% der Patienten in vorwiegend mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

Wahn symptome sind, wie bei der depressiven affektiven Psychose, selten. Schuldwahn stellen wir bei der depressiven Neurose bei nur 1% der Patienten fest, bei der depressiven Psychose dagegen bei 11% der Patienten deutlich häufiger.

Sinnestäuschungen finden wir äußerst selten, bei der depressiven Psychose treten sie überhaupt nicht auf.

Auch Ich- und Persönlichkeitsstörungen beobachten wir selten. In meist mittelschwerer Ausprägung treten andere Entfremdungserlebnisse bei 4% der Patienten auf.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen stehen bei der Symptomatik der depressiven Neurose,wie auch bei der depressiven Psychose,eindeutig im Vordergrund. Die Symptome sind meist mittelschwer

bis leicht ausgeprägt. 82% der Patienten sind deprimiert/traurig, je 53% sind hoffnungslos/verzweifelt und innerlich unruhig, 51% sind ängstlich. Insuffizienzgefühle treten bei 40% der Patienten auf, Ratlosigkeit und Störung der Vitalgefühle bei 31% der Patienten. 25% der Patienten sind gespannt, 19% der Patienten sind klagsam/jammerig. Es fällt auf, daß im Vergleich zur depressiven affektiven Psychose die Patienten mit depressiver Neurose deutlich seltener Schuldgefühle zeigen (40% und 18% der Patienten). Affektstörungen und alle übrigen Symptome der Verstimmungen, Gefühlsstörungen treten seltener auf. Verglichen mit der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit finden wir die Symptome ratlos mit 31% der Patienten, deprimiert/traurig mit 82% der Patienten, hoffnungslos/verzweifelt mit 53% der Patienten, Störung der Vitalgefühle mit 31% der Patienten und Insuffizienzgefühle mit 40% der Patienten bei der depressiven Neurose häufiger.

P s y c h o m o t o r i s c h e S t ö r u n g e n: eine Antriebsarmut stellen wir bei 40% der Patienten in meist leichter Ausprägung fest. Motorische Unruhe zeigen 15% der Patienten und antriebsgehemmt sind 14% der Patienten. Beide Symptome kommen meist in leichter Ausprägung vor.

V e r l a u f s b e s o n d e r h e i t e n: eine abendliche Besserung zeigen 9% der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung. Im Vergleich dazu finden wir dieses Symptom bei der depressiven affektiven Psychose bei 56% der Patienten deutlich häufiger.

Unter den S t ö r u n g e n d e s T r i e b- und S o z i a l v e r h a l t e n s, P f l e g e b e d ü r f t i g k e i t beobachten wir bei 49% der Patienten ein Krankheitsgefühl in meist mittelschwerer Ausprägung. Bei 41% der Patienten ist der Kontakt vermindert. Suizidtendenzen bestehen bei 40% der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung. Zu Suizidhandlungen kommt es in 14% der Fälle in meist mittelschwerer Ausprägung. Beide zuletzt genannten Symptome treten häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlich-

keitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit auf (Suizidtendenzen:32% der Patienten, Suizidhandlungen:12% der Patienten). Eine Verminderung der Sexualität beobachten wir bei 20% der Patienten.

Somatischer Befund

S c h l a f s t ö r u n g e n treten deutlich häufiger auf als in der Hauptdiagnosengruppe. Sie sind überwiegend mittelschwer ausgeprägt. Einschlafstörung finden wir bei 62% der Patienten und Durchschlafstörung bei 61% der Patienten. Die Schlafdauer ist bei 32% der Patienten verkürzt. Müdigkeit zeigen 23% der Patienten.

A p p e t e n z s t ö r u n g e n: der Appetit ist bei 41% der Patienten in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung vermindert,

V e g e t a t i v e S y m p t o m e: meist leicht ausgeprägt finden wir "Kopfdruck" o.ä. (23% der Patienten), Schwitzen (22% der Patienten), Obstipation (12% der Patienten), Übelkeit (12% der Patienten), Herzsensationen und Schwindel (jeweils 12% der Patienten).

N e u r o l o g i s c h e S y m p t o m e : wir beobachten bei 5% der Patienten einen feinschlägigen Tremor. 6% der Patienten haben andere neurologische Symptome.

3.4. Diagnosengruppe 4: Übrige Neurosen

3.4.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden an unserer Klinik bei 123 Patienten von insgesamt 1750 Patienten Diagnosen gestellt, die in der Diagnosengruppe übrige Neurosen zusammengefaßt werden. Damit beträgt der Anteil dieser Diagnosengruppe an der gesamten Klinikpopulation 7.0%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 14.8%. An der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit hat diese Diagnosengruppe einen Anteil von 24.4%.

3.4.2. Geschlechtsverteilung (Tab.12, Tab.31, Tab.2)

Von den 123 Patienten dieser Diagnosengruppe sind 47.9% Männer und 52.1% Frauen. Die Relation Männer : Frauen beträgt 1 : 1.1, im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit mit einer Geschlechtsrelation von 1.3 : 1.

3.4.3. Altersverteilung (Abb.10, Abb.11, Abb.34, Abb.35, Tab.3)

Das Alter der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen liegt zwischen 15 und 74 Jahren. Die Altersverteilungskurve zeigt, daß 88% der Patienten im Alter zwischen 20 und 54 Jahren sind. Die beiden Häufigkeitsgipfel liegen zwischen 20 und 24 Jahren (19% der Pa-

tienten) und zwischen 35 und 39 Jahren (15% der Patienten). Die Altersverteilungskurve getrennt nach Geschlecht zeigt keinen auffallenden Unterschied zwischen Männern und Frauen. Im Gegensatz dazu findet sich in der Altersverteilungskurve getrennt nach Geschlecht in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit ein überwiegender Anteil männlicher Patienten bis zum 29. Lebensjahr. Das Durchschnittsalter der Patienten mit übrigen Neurosen liegt bei 36.1 Jahren. Frauen haben mit 37.2 Jahren ein geringfügig höheres Durchschnittsalter als Männer mit 35.4 Jahren. Damit liegt sowohl das Durchschnittsalter aller Patienten als auch besonders das der Männer höher als in der Hauptdiagnosengruppe (Gesamtdurchschnittsalter: 31.3 Jahre, Männer: 28.9 Jahre, Frauen: 34.8 Jahre).

3.4.4. Aufenthaltsdauer (Abb.12, Abb.36, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit übrigen Neurosen liegt zwischen 1 und 189 Tagen. 94% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 99 Tagen in der Klinik auf, bis zu einer Aufenthaltsdauer von 39 Tagen waren es 60% der Patienten. Ab dem 40. Aufenthaltstag fällt die Verteilungskurve nahezu gleichmäßig ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 35.4 Tage, für Männer 34 Tage, für Frauen 38 Tage. Somit ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer länger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (28.4 Tage).

3.4.5. Symptomatik (Tab.13, Tab.32)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n und O r i e n t i e r u n g s s t ö-

r u n g e n finden wir,wie in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit,selten. Durchnittlich nur 2% der Patienten zeigen Symptome, die diesen Störungen angehören.

Unter den A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö - r u n g e n stellen wir eine vorwiegend leicht ausgeprägte Konzentrationsstörung bei 24% der Patienten am häufigsten fest. Merkfähigkeitsstörungen treten bei 12% der Patienten und Auffassungsstörungen bei 10% der Patienten auf.

F o r m a l e D e n k s t ö r u n g e n kommen, wie in der Hauptdiagnosengruppe, selten vor. Am häufigsten finden wir das Symptom eingeengt in meist mittelschwerer Ausprägung bei 16% der Patienten. Verlangsamtes Denken beobachten wir bei 11% der Patienten und umständliches Denken bei 9% der Patienten. Alle anderen Symptome sind seltener.

Ü b e r w e r t i g e I d e e n, Z w ä n g e, P h o b i e n treten häufiger auf als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. In 35% der Fälle finden wir eine meist schwer ausgeprägte Hypochondrie (nicht wahnhaft). Zwangsdenken zeigen 15% der Patienten in überwiegend schwerer Ausprägung. Zwangshandlungen kommen bei 11% der Patienten vor, 70% davon in schwerer Ausprägung. Überwertige Ideen und Phobien beobachten wir bei je 10% der Patienten in hauptsächlich mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

W a h n symptome sind äußerst selten. Bei 5% der Patienten ist der Wahneinfall/Wahngedanke in ausschließlich leichter Ausprägung das häufigste Symptom.

S i n n e s t ä u s c h u n g e n beobachten wir äußerst selten.

Unter den I c h- und P e r s ö n l i c h k e i t s s t ö r u n g e n haben nur 6% der Patienten andere Entfremdungserlebnisse in meist mittelschwerer Ausprägung. Je 2% der Patienten zeigen eine Störung der Ichidentität und einen Autismus.

V e r s t i m m u n g e n, G e f ü h l s s t ö r u n g e n stehen bei der

Symptomatik der Diagnosengruppe übrige Neurosen eindeutig im Vordergrund. Die Ausprägung der Symptome ist meist mittelschwer bis leicht. 63% der Patienten sind deprimiert/traurig und 60% der Patienten sind ängstlich. Innere Unruhe zeigen 50% der Patienten. Bei 32% der Patienten stellen wir Insuffizienzgefühle, bei 27% der Patienten Störung der Vitalgefühle fest. 29% der Patienten sind klagsam/jammerig, 21% der Patienten sind gespannt und 20% der Patienten sind ratlos. 20% der Patienten sind hoffnungslos/verzweifelt und somit weniger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (36% der Patienten). Unter den Affektstörungen beobachten wir das Symptom affektlabil bei 18% der Patienten am häufigsten. Dieses Symptom ist meist mittelschwer ausgeprägt.

Unter den psychomotorischen Störungen fällt eine Antriebsarmut in vorwiegend leichter bis mittelschwerer Ausprägung bei 33% der Patienten auf. Antriebsgehemmte Patienten finden wir in 15% der Fälle in mittelschwerer und leichter Ausprägung. Andererseits stellen wir bei 10% der Patienten eine Antriebssteigerung und bei 11% der Patienten eine motorische Unruhe fest.

Verlaufsbesonderheiten: eine abendliche Besserung beobachten wir bei 11% der Patienten in meist leichter Ausprägung.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit finden wir häufig. 54% der Patienten zeigen in mittelschwerer bis starker Ausprägung ein Krankheitsgefühl und somit deutlich mehr als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (40% der Patienten). Seltener als in der Hauptdiagnosengruppe treten Suizidtendenzen (15% gegenüber 32% der Patienten) und Suizidhandlungen (3% gegenüber 12% der Patienten) auf. Eine verminderte Sexualität stellen wir bei 32% der Patienten in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung fest,und somit deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe (18% der Patienten).

Somatischer Befund

Schlafstörungen beobachten wir häufig in hauptsächlich mittelschwerer Ausprägung. Einschlafstörung zeigen 50% der Patienten, Durchschlafstörung 47% der Patienten und eine Verkürzung der Schlafdauer 20% der Patienten. 24% der Patienten verspüren eine Müdigkeit.

Appetenzstörungen: bei 37% der Patienten ist der Appetit vermindert.

Vegetative Symptome kommen häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit vor. Meist mittelschwer ausgeprägt finden wir Symptome wie "Kopfdruck" o.ä. (29% der Patienten), Schwitzen (27% der Patienten), Schwindel (21% der Patienten) und Herzsensationen (15% der Patienten).

Neurologische Symptome: bei 5% der Patienten stellen wir einen feinschlägigen Tremor fest.

3.5. Diagnosengruppe 5: Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

3.5.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde an unserer Klinik bei 99 von 1750 Patienten die Diagnose vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit gestellt. Damit beträgt der Anteil dieser Diagnosengruppe an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 5.7%.Von den in dieser Arbeit beschriebenen Patienten bedeutet das einen Anteil von 11.9%. An der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit hat diese Diagnosengruppe einen Anteil von 19.6%.

3.5.2. Geschlechtsverteilung (Tab.14, Tab.2, Tab.31)

Von den Patienten mit der Diagnose vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit sind 48 Männer und 51 Frauen, d.h. 48.5% Männer und 51.5% Frauen. Die Geschlechtsrelation beträgt somit 1 : 1.1, im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit mit einer Relation Männer : Frauen von 1.3:1.

3.5.3. Altersverteilung (Abb.13, Abb.14, Abb.34, Abb.35, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 15 und 64 Jahren. 91% der Patienten sind jünger als 44 Jahre. Die Verteilungskurve zeigt einen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 24 Jahren mit

38% der Patienten.
Beim Vergleich der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß 98% der Männer im Alter zwischen 15 und 29 Jahren sind, während nur 55% der Frauen dieser Altersgruppe angehören. Der Vergleich des Durchschnittsalters zeigt, daß Frauen mit 30.8 Jahren einen fast um 10 Jahre höheren Mittelwert haben als Männer mit 21.5 Jahren. Mit dem Durchschnittsalter aller Patienten von 26.3 Jahren sind die Patienten dieser Diagnosengruppe im Schnitt die jüngsten innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen zehn Diagnosengruppen. Im Vergleich zur Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit liegt das Durchschnittsalter der Patienten dieser Diagnosengruppe um genau 5 Jahre tiefer.

3.5.4. Aufenthaltsdauer (Abb.15, Abb.36, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten liegt zwischen 1 und 109 Tagen, wobei aber 70% der Patienten weniger als 20 Tage in der Klinik waren. Der Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve liegt mit 40% der Patienten zwischen 1 und 9 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 15.9 Tagen ist die kürzeste von allen zehn in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Sie ist auch wesentlich geringer als die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit mit 28.4 Tagen. Frauen hielten sich durchschnittlich 18 Tage, Männer durchschnittlich 14 Tage in der Klinik auf.

3.5.5. Symptomatik (Tab.15, Tab.32)

Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen und Orientierunsstörungen kommen,wie in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit,sehr selten vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind meist leicht ausgeprägt. Bei 17% der Patienten treten Konzentrationsstörungen, bei 8% der Patienten Auffassungsstörungen und bei 6% der Patienten Merkfähigkeitsstörungen auf.

Auch formale Denkstörungen stellen wir selten fest. Eingeengtes Denken finden wir bei 14% der Patienten in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken beobachten wir bei 9% der Patienten in hauptsächlich mittelschwerer Ausprägung und bei je 6% der Patienten ein meist mittelschwer bis leicht ausgeprägtes umständliches sowie inkohärent/zerfahrenes Denken.

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien sind äußerst selten und treten bei nur weniger als 5% der Patienten auf. In der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit kommen diese Symptome etwas häufiger vor.

Wahn symptome beobachten wir selten, jedoch etwas häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe. In meist mittelschwerer Ausprägung finden wir Wahneinfall/Wahngedanken bei 5% der Patienten und Größenwahn bei 4% der Patienten.

Sinnestäuschungen: es treten nur Illusionen (3% der Patienten) und andere akustische Halluzinationen (1% der Patienten) auf.

Unter den Ich- und Persönlichkeitsstörungen finden wir eine Störung der Ichidentität bei 4% der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung. Insgesamt kommen diese Symptome, wie auch in der Hauptdiagnosengruppe, sehr selten vor.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen stehen bei der Symptomatik der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit im Vordergrund. 56% der Patienten sind deprimiert/traurig in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Eine hauptsächlich leicht ausgeprägte Ängstlichkeit zeigen 44% der Patienten. Ebenfalls 44% der Patienten haben eine meist mittelschwer ausgeprägte innere Unruhe. 34% der Patienten sind hoffnungslos/verzweifelt, 31% der Patienten sind ratlos, 24% der Patienten sind mißtrauisch/feindselig und 20% der Patienten sind gespannt. Wir stellen bei 22% der Patienten Insuffizienzgefühle aller Ausprägungsgrade fest. Unter den Affektstörungen kommen die meist mittelschwer bis leicht ausgeprägten Symptome affektiv inadäquat bei 13% der Patienten und affektlabil bei 11% der Patienten vor.

Bei den psychomotorischen Störungen finden wir einerseits eine vorwiegend leicht bis mittelschwer ausgeprägte Antriebsarmut (21% der Patienten) und eine Antriebshemmung (14% der Patienten) und andererseits eine meist mittelschwer ausgeprägte Antriebssteigerung (10% der Patienten). Motorische Unruhe beobachten wir bei 16% der Patienten in hauptsächlich mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

Verlaufsbesonderheiten treten selten auf.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit: bei 37% der Patienten finden wir mittelschwer bis leicht ausgeprägte Suizidtendenzen; zu Suizidhandlungen kommt es in 21% der Fälle, davon zeigen 38% eine schwere Ausprägung.Bei 27% der Fälle beobachten wir verminderten sozialen Kontakt und 21% der Patienten haben ein überwiegend mittelschwer ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Dagegen zeigen 16% der Patienten einen meist schwer ausgeprägten Mangel an Krankheitsgefühl und 20% einen Mangel an Krankheitseinsicht.

Somatischer Befund

Schlafstörungen sind, wie in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit, häufig und hauptsächlich mittelschwer ausgeprägt. Einschlafstörung tritt bei 34% der Patienten und Durchschlafstörung bei 33% der Patienten auf. Die Schlafdauer ist bei 17% der Patienten verkürzt.

Appetenzstörungen: einen vorwiegend leicht ausgeprägten verminderten Appetit finden wir bei 23% der Patienten.

Vegetative Störungen werden selten beobachtet. Wir stellen bei 10% der Patienten ein meist mittelschwer ausgeprägtes Schwitzen und bei ebenfalls 10% der Patienten "Kopfdruck" o.ä., sowie Schwindel fest.

Neurologische Symptome treten, wie in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit, sehr selten auf.

3.6. Diagnosengruppe 6: Persönlichkeitsstörungen

3.6.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde an unserer Klinik bei 90 von 1750 Patienten die Diagnose Persönlichkeitsstörungen gestellt. Das bedeutet einen Anteil von 5.1% an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 10.3%, innerhalb der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit bedeutet das einen Anteil von 17.8%.

3.6.2. Geschlechtsverteilung (Tab.16, Tab.31, Tab.2)

Von den 90 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind 72.2% Männer und 27.8% Frauen. Bei Männern wird die Diagnose 2.6 mal häufiger gestellt als bei Frauen, und damit wesentlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (1.3 mal häufiger).

3.6.3. Altersverteilung (Abb.16, Abb.17, Abb.34, Abb.35, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 15 und 58 Jahren. 73% der Patienten sind jünger als 30 Jahre. Die Altersverteilungskurve zeigt einen deutlichen Gipfel zwischen 20 und 24 Jahren. 39% der Patienten gehören dieser Altersgruppe an.

Bei der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß bei den Männern ein Häufigkeitsgipfel innerhalb der Altersgruppe zwischen 20 und 24 Jahren mit 46% der Fälle besteht, während bei den Frauen eine nahezu gleichmäßige Verteilung zwischen 15 und 45 Jahren beobachtet wird. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beträgt 26.5 Jahre. Frauen haben mit 29.4 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als Männer mit 25.4 Jahren. Somit ist das Durchschnittsalter aller Patienten und das getrennt nach Geschlecht wesentlich niedriger als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (Gesamtdurchschnittsalter: 31.3 Jahre, Männer: 28.9 Jahre, Frauen: 34.8 Jahre).

3.6.4. Aufenthaltsdauer (Abb.18, Abb.36, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen liegt zwischen 1 und 169 Tagen. 97% der Patienten hielten sich nur bis zu 99 Tagen in der Klinik auf. Nachdem die Verteilungskurve zwischen 1 und 9 Tagen mit 31% der Patienten ihren Gipfel erreicht, fällt sie bis zur Aufenthaltsdauer von 39 Tagen fast gleichmäßig ab. Nur 22% der Patienten waren länger als 39 Tage in der Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt mit 25.2 Tagen einen mittleren Platz innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen zehn Diagnosengruppen ein. Bemerkenswert ist, daß die Männer mit einem Mittelwert von 28 Tagen durchschnittlich 9 Tage länger in der Klinik waren als die Frauen mit einem Mittelwert von 19 Tagen. Im Gegensatz dazu unterscheidet sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer gegenüber der Frauen in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit nicht so deutlich (Männer: 27.9 Tage, Frauen: 28.6 Tage). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten dieser Diagnosengruppe ist mit 25.2 Tagen um mehr als drei Tage geringer als die der Hauptdiagnosengruppe mit 28.4 Tagen.

3.6.5. Symptomatik (Tab.17, Tab.32)

Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen: außer einer meist leicht ausgeprägten Bewußtseinstrübung bei 4% der Patienten kommen keine weiteren Symptome vor.

Auch Orientierungsstörungen beobachten wir, wie in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit, äußerst selten.

Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind, wie bei fast allen Diagnosengruppen, leicht bis mittelschwer ausgeprägte Konzentrationsstörungen bei 24% der Patienten das häufigste Symptom. Merkfähigkeitsstörungen finden wir bei 10% der Patienten in meist leichter Ausprägung. Auffassungsstörungen kommen bei 8% der Patienten in leichter bis mittelschwerer Ausprägung vor.

Formale Denkstörungen beobachten wir, wie in der Hauptdiagnosengruppe, selten. Verlangsamtes Denken finden wir bei 11% der Patienten und umständliches Denken bei 10% der Patienten in meist leichter Ausprägung. Ein überwiegend leicht ausgeprägtes beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken zeigen 9% der Patienten und damit mehr als in der Hauptdiagnosengruppe (4% der Patienten).

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien, sowie Wahnsymptome, stellen wir selten fest. Überwertige Ideen kommen bei 6% der Patienten vor. Hypochondrie (nicht wahnhaft) zeigt sich bei 1% der Patienten deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit bei 14% der Patienten.

Sinnestäuschungen, sowie Ich- und Persönlichkeitsstörungen, finden wir, wie in der Hauptdiagnosengruppe, selten. Erwähnenswert ist eine vorwiegend mittelschwer ausgeprägte

Störung der Ichidentität bei 6% der Patienten. Dieses Symptom kommt in der Hauptdiagnosengruppe nur bei 3% der Patienten vor.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen: die Hälfte der Patienten ist deprimiert/traurig in hauptsächlich leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Bei ungefähr einem Drittel der Patienten beobachten wir in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung Symptome wie mürrisch gereizt/dysphorisch (34% der Patienten), ängstlich (33% der Patienten) und innerlich unruhig (32% der Patienten). Ein vorwiegend leicht ausgeprägtes Mißtrauen/Feindseligkeit stellen wir bei 29% der Patienten fest. Hoffnungslos/verzweifelt sind 23% der Patienten und gespannt sind 20% der Patienten. Je 18% der Patienten zeigen Ratlosigkeit und Insuffizienzgefühle in hauptsächlich leichter Ausprägung. Alle übrigen Symptome sind seltener vorhanden. Unter den Affektstörungen tritt eine vorwiegend leicht ausgeprägte Affektlabilität bei 14% der Patienten am häufigsten auf. Deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit finden wir Symptome wie ratlos, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt, innerlich unruhig und Insuffizienzgefühle. Deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe sind die Symptome mürrisch gereizt/dysphorisch und mißtrauisch/feindselig.

Psychomotorische Störungen: Antriebssteigerung und motorische Unruhe finden wir bei je 14% der Patienten in vorwiegend mittelschwerer Ausprägung. Deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe beobachten wir eine meist leicht ausgeprägte Antriebsarmut bei 12% der Patienten und eine Antriebshemmung bei 6% der Patienten.

Verlaufsbesonderheiten: als einziges Symptom kommt eine abendliche Besserung bei 4% der Patienten vor.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkei: hauptsächlich leicht ausgeprägte Suizidtendenzen stehen mit 33% der Patienten im Vordergrund. Zu Suizidhandlungen kommt es bei 8% der Patienten. Seltener als in

der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit treten Symptome wie Kontakt vermindert (26% der Patienten), Krankheitsgefühl (21% der Patienten) und Sexualität vermindert (10% der Patienten) auf. Häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe finden wir einen Mangel an Krankheitsgefühl (21% der Patienten) und einen Mangel an Krankheitseinsicht (23% der Patienten). Leicht ausgeprägte Aggressionstendenzen stellen wir bei 14% der Patienten fest. Aggressionshandlungen zeigen 2% der Patienten.

Somatischer Befund

S c h l a f s t ö r u n g e n beobachten wir wesentlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. 30% der Patienten berichten über Einschlafstörung und 32% der Patienten über Durchschlafstörung. Diese Symptome sind meist leicht ausgeprägt.

A p p e t e n z s t ö r u n g e n: 19% der Patienten zeigen einen verminderten Appetit in vorwiegend leichter Ausprägung. Somit kommt dieses Symptom deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe vor (33% der Patienten).

V e g e t a t i v e S y m p t o m e sind seltener als in der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. Schwitzen finden wir bei 20% der Patienten und "Kopfdruck" o.ä. bei 10% der Patienten, beide Symptome in mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

N e u r o l o g i s c h e S y m p t o m e : andere neurologische Symptome zeigen 9% der Patienten.

3.7. Diagnosengruppe 7: Alkoholismus

3.7.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose Alkoholismus bei 77 von 1750 Patienten gestellt. Das bedeutet einen Anteil von 4.4% an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978. Unter den in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 9.2%, innerhalb der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit einen Anteil von 73.3%.

3.7.2. Geschlechtsverteilung (Tab.18, Tab.33, Tab.2)

Von den 77 Patienten sind 75.3% Männer und 24.7% Frauen. Bei Männern wird die Diagnose Alkoholismus 3 mal häufiger gestellt als bei Frauen, in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit beträgt die Relation Männer : Frauen 2.2 : 1.

3.7.3. Altersverteilung (Abb.19, Abb. 20, Abb.37, Abb.38, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 17 und 61 Jahren. Die Altersverteilungskurve zeigt eine Häufigkeitszunahme bis zum 39. Lebensjahr. Der Häufigkeitsgipfel liegt mit 25% der Patienten zwischen 35 und 39 Jahren. Danach fällt die Kurve rasch bis zum Alter von 61 Jahren ab. Nur 23% der Patienten sind älter als 39 Jahre. Bei der Altersverteilungskurve getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß bei den Männern 40% jünger sind als 30 Jahre, bei den Frauen nur 11%.

Der überwiegende Anteil der Frauen liegt mit 68% in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren. Mit einem Durchschnittsalter von 34.4 Jahren nimmt die Diagnose Alkoholismus einen mittleren Rang innerhalb der zehn in dieser Arbeit untersuchten Diagnosengruppen ein. Das Durchschnittsalter der Frauen ist mit 37.8 Jahren höher als das der Männer mit 33.2 Jahren. Die Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit weist eine ähnliche Altersverteilung auf (Durchschnittsalter aller Patienten: 34.4 Jahre, Männer: 32.6 Jahre, Frauen: 38.2 Jahre).

3.7.4. Aufenthaltsdauer (Abb.21, Abb.39, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus liegt zwischen 1 und 89 Tagen. 95% der Patienten hielten sich bis zu 49 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve fällt nach einem Gipfel zwischen 1 und 9 Tagen mit 30% der Patienten nahezu gleichmäßig bis zur Aufenthaltsdauer von 60 bis 69 Tagen ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 18.0 Tagen relativ kurz. Nur Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit haben innerhalb der zehn in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen eine kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Im Schnitt waren die Männer 19 Tage und die Frauen 16 Tage in der Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Frauen in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit liegt mit 20.8 Tagen höher.

3.7.5. Symptomatik (Tab.19, Tab.34)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n: bei 12% der Patienten beobachten

wir ein meist leicht bis mittelschwer ausgeprägtes delirantes Bewußtsein.

Orientierungsstörungen treten selten auf. 12% der Patienten sind zeitlich und 10% der Patienten örtlich desorientiert, vorwiegend in mittelschwerer Ausprägung.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden wir in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Sie unterscheiden sich nicht wesentlich von der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Am häufigsten stellen wir Konzentrationsstörungen (45% der Patienten) fest. 26% der Patienten zeigen Merkfähigkeitsstörungen, 23% der Patienten Auffassungsstörungen und 19% der Patienten zeigen Gedächtnisstörungen.

Unter den formalen Denkstörungen tritt ein meist leicht ausgeprägtes verlangsamtes Denken bei 30% der Patienten auf und somit häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (25% der Patienten). Wir beobachten in überwiegend leichter Ausprägung ein umständliches Denken bei 13% der Patienten und ein Vorbeireden bei 10% der Patienten.

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien finden wir bei nur weniger als 6% der Patienten in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung.

Wahn symptome unterscheiden sich in der Häufigkeit nicht wesentlich von denen der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Beziehungswahn und Beeinträchtigungs-/Verfogungswahn kommen bei je 6% der Patienten in hauptsächlich mittelschwerer Ausprägung vor.

Sinnestäuschungen sind selten und unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Optische Halluzinationen aller Ausprägungsgrade finden wir bei 8% der Patienten.

Ich- und Persönlichkeitsstörungen treten bei nur 1% der Patienten auf.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen stellen wir, wie in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit, häufig fest. Eine innere Unruhe beobachten wir bei 45% der Patienten. 43% der Patienten sind deprimiert/traurig, je 29% der Patienten sind ängstlich und gespannt. Diese Symptome sind meist leicht ausgeprägt. Insuffizienzgefühle finden wir bei 27% der Patienten in überwiegend mittelschwerer Ausprägung. Mürrisch gereizt/dysphorisch sind 26% der Patienten, mißtrauisch/feindselig sind 21% der Patienten. Jeweils 17% der Patienten zeigen Ratlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Unter den Affektstörungen stellen wir vorwiegend leicht bis mittelschwer ausgeprägte Symptome wie affektiv inadäquat bei 12% der Patienten und affektlabil bei 14% der Patienten fest.

Psychomotorische Störungen: motorisch unruhig sind 25% der Patienten und antriebsarm sind 23% der Patienten. Beide Symptome kommen in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung vor.

Verlaufsbesonderheiten beobachten wir selten.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Ein meist leicht bis mittelschwer ausgeprägtes Krankheitsgefühl stellen wir bei 39% der Patienten, einen Mangel an Krankheitseinsicht bei 30% der Patienten fest, wovon 39% der Patienten eine schwere Ausprägung zeigen. Der Kontakt ist bei 22% der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung vermindert. Suizidtendenzen haben 9% der Patienten in hauptsächlich leichter Ausprägung. Zu Suizidhandlungen kommt es bei 8% der Patienten. Aggressionstendenzen in meist leichter Ausprägung zeigen 12% der Patienten, Aggressionshandlungen beobachten wir bei 4% der Patienten.

Somatischer Befund

Schlafstörungen sind häufig und vor allem mittelschwer aus-

geprägt. Durchschlafstörung finden wir bei 44% der Patienten und Einschlafstörung bei 39% der Patienten. Eine Verkürzung der Schlafdauer tritt bei 21% der Patienten auf. Müdigkeit zeigen 16% der Patienten.

Unter den Appetenzstörungen ist vor allem eine mittelschwer bis leicht ausgeprägte Verminderung des Appetits bei 44% der Patienten zu beobachten.

Vegetative Symptome kommen etwas seltener als in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit vor. 47% der Patienten berichten über Schwitzen, davon 31% in schwerer Ausprägung. Bei 18% der Patienten finden wir einen meist leicht bis mittelschwer ausgeprägten Schwindel, bei 17% der Patienten eine überwiegend mittelschwer ausgeprägte Übelkeit. Die anderen vegetativen Symptome sind seltener und meist leicht bis mittelschwer ausgeprägt.

Neurologische Symptome stellen wir im Vergleich zu den anderen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosengruppen häufig fest. Bei 29% der Patienten beobachten wir einen mittelschwer bis leicht ausgeprägten feinschlägigen Tremor, bei 16% der Patienten einen mittel- und grobschlägigen Tremor. Eine meist leicht ausgeprägte Ataxie haben 14% der Patienten.

3.8. Diagnosengruppe 8: Medikamentenabhängigikeit

3.8.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose Medikamentenabhängigkeit bei 28 von 1750 Patienten gestellt. Damit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 1.6%. Innerhalb der in dieser Arbeit untersuchten 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 3.4%, innerhalb der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit ist das ein Anteil von 26.7%.

3.8.2. Geschlechtsverteilung (Tab.20, Tab.33, Tab.2)

Von den 28 Patienten dieser Diagnosengruppe sind 50% Männer und 50% Frauen. Im Vergleich wird die Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit bei Männer 2.2. mal häufiger gestellt als bei Frauen.

3.8.3. Altersverteilung (Abb.22, Abb.23, Abb.37, Abb.38, Tab.3)

Das Alter der Patienten mit Medikamentenabhängigkeit liegt zwischen 16 und 61 Jahren. Die Altersverteilungskurve zeigt zwei Häufigkeitsgipfel. Der erste liegt zwischen 25 und 34 Jahren mit 36% der Patienten, der zweite liegt zwischen 50 und 54 Jahren mit 18% der Patienten. Zwischen diesen beiden Häufigkeitsgipfeln fällt die Verteilungskurve in der Altersgruppe zwischen 40 und 44 Jahren bis auf 4% der Patienten ab.
Bei der Altersverteilungskurve getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß

29% der Männer im Alter zwischen 20 und 24 Jahren sind, während Frauen in dieser Altersgruppe nicht vertreten sind. Der Häufigkeitsgipfel der Frauen liegt mit 43% der Patienten zwischen dem 25. und dem 34. Lebensjahr. Mit einem Durchschnittsalter von 34.4 Jahren nimmt die Diagnosengruppe Medikamentenabhängigikeit einen mittleren Rang innerhalb der in dieser Arbeit untersuchten zehn Diagnosengruppen ein. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt mit 38.7 Jahren höher als das der Männer mit 30.1 Jahren. Die Altersverteilung gleicht der der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit, jedoch liegt das Durchschnittsalter der Männer um 2.5 Jahre niedriger als das der Hauptdiagnosengruppe.

3.8.4. Aufenthaltsdauer (Abb.24, Abb.39, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 1 und 109 Tagen. 67% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 19 Tagen in der Klinik auf. Der Häufigkeitsgipfel liegt mit 37% der Patienten zwischen 1 und 9 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 24.8 Tage, die der Frauen liegt mit 27 Tagen höher als die der Männer mit 23 Tagen. Somit sind diese Durchschnittswerte deutlich höher als die der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (19.8 Tage).

3.8.5. Symptomatik (Tab.21, Tab34)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n: bei je 7% der Patienten finden wir die meist leicht ausgeprägten Symptome Bewußtseinstrübung, delirant und umdämmert.

Orientierungsstörungen kommen im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit überhaupt nicht vor.

Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen stellen wir Konzentrationsstörungen am häufigsten fest. Sie treten bei 54% der Patienten in meist leichter Ausprägung auf, und somit häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe (48% der Patienten). Bei 21% der Patienten beobachten wir hauptsächlich leicht ausgeprägte Auffassungsstörungen, bei je 14% der Patienten Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen.

Formale Denkstörungen treten selten auf. In leichter bis mittelschwerer Ausprägung finden wir umständliches Denken bei 18% der Patienten und perseverierendes Denken bei 14% der Patienten. Diese Symptome sind in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit etwas seltener vorhanden. Verlangsamtes Denken kommt mit 11% der Patienten deutlich seltener als in der Hauptdiagnosengruppe vor (25% der Patienten).

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien beobachten wir bei weniger als 5% der Fälle.

Wahnsymptome, Sinnestäuschungen sowie Ich- und Persönlichkeitsstörungen kommen im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit überhaupt nicht vor.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen finden wir dagegen häufig. 68% der Patienten sind innerlich unruhig und 54% der Patienten sind deprimiert/traurig. Beide Symptome sind leicht bis mittelschwer ausgeprägt und kommen häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe vor. Bei 39% der Patienten beobachten wir ein meist leicht ausgeprägtes mürrisch gereiztes/dysphorisches Verhalten und bei 32% der Patienten ein ängstliches Verhalten, das alle Ausprägungsgrade gleich häufig zeigt. 29% der Patienten sind gespannt in vorwiegend leichter Ausprägung. Je 21% der Patienten sind hoffnungslos/verzweifelt und zeigen eine Störung der Vitalgefühle. Das Symptom ratlos finden wir, meist

leicht bis mittelschwer ausgeprägt, bei 18% der Patienten. Mit derselben Häufigkeit kommen Insuffizienzgefühle vor,und damit seltener als in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Unter den Affektstörungen ist die Affektlabilität bei 18% der Patienten das häufigste Symptom und in gleichem Maße leicht und schwer ausgeprägt. Die Symptome affektiv inadäquat und affektinkontinent kommen,im Unterschied zur Hauptdiagnosengruppe,überhaupt nicht vor.

Psychomotorische Störungen sind hauptsächlich leicht bis mittelschwer ausgeprägt. Motorische Unruhe beobachten wir bei 29% der Patienten und eine Antriebssteigerung bei 21% der Patienten, und somit häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Seltener als in der Hauptdiagnosengruppe sind die Patienten antriebsarm (14% der Patienten) in vorwiegend leichter Ausprägung. Andere psychomotorische Störungen kommen mit 11% der Patienten häufiger vor als in der Hauptdiagnosengruppe (3% der Patienten),

Verlaufsbesonderheiten stellen wir selten fest.

Symptome unter den Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit sind hauptsächlich mittelschwer ausgeprägt. Ein Krankheitsgefühl zeigen 46% der Patienten und einen Mangel an Krankheitseinsicht 29% der Patienten. 18% der Patienten lehnen die Behandlung ab,und somit mehr als in der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Aggressionstendenzen (4% der Patienten) und Aggressionshandlungen (0% der Patienten) finden wir im Vergleich zur Hauptdiagnosengruppe seltener (10% und 3% der Patienten). Der Kontakt ist bei 18% der Patienten vermindert.

Somatischer Befund

Schlafstörungen sind häufig und meist mittelschwer ausgeprägt. Einschlafstörung zeigen 54% der Patienten, Durchschlafstörung

3.9.3. Altersverteilung (Abb.25, Abb.26, Abb.31, Abb.32, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 17 und 76 Jahren. Die Verteilungskurve zeigt, daß 59% der Patienten in der Altersgruppe zwischen 17 und 39 Jahren sind. Über das Alter von 17 bis 76 Jahren verteilt, finden wir mehrere Häufigkeitsgipfel. So tritt in dieser Diagnosengruppe keine Altersgruppe besonders gehäuft auf.
Bei der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß der überwiegende Anteil der Männer (73%) im Alter zwischen 17 und 39 Jahren liegt. 71% der Frauen gehören der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren an. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt mit 57.8 Jahren um mehr als 20 Jahre höher als das der Männer mit 35.2 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 40.7 Jahre. Die Durchschnittswerte der Altersverteilung in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegen mit 45.8 Jahren bei allen Patienten und mit 41.7 Jahren bei den Männern über und mit 51.1 Jahren bei den Frauen unter den Durchschnittswerten der Diagnosengruppe.

3.9.4. Aufenthaltsdauer (Abb.27, Abb.33, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegt zwischen 2 und 89 Tagen. 93% der Patienten hielten sich zwischen 2 und 49 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve zeigt einen Häufigkeitsgipfel mit 55% der Patienten zwischen 2 und 19 Tagen. Danach fällt die Kurve annähernd kontinuierlich bis zur Aufenthaltsdauer von 49 Tagen ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten liegt bei 18.7 Tagen. Männer und Frauen unterscheiden sich

3.9. Diagnosengruppe 9: Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

3.9.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde an unserer Klinik bei 29 von 1750 Patienten die Diagnose nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen gestellt. Damit beträgt der Anteil dieser Diagnosengruppe an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 1.7%. Von den in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 3.5%. Der Anteil der nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen an der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beträgt 19.0%.

3.9.2. Geschlechtsverteilung (Tab.22, Tab.2. Tab.29)

Von den 29 Patienten dieser Diagnosengruppe sind 75.9% Männer und 24.1% Frauen. Bei Männern wird die Diagnose 3.1 mal häufiger gestellt als bei Frauen, in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beträgt die Geschlechtsrelation Männer : Frauen 1.3 : 1. Im Vergleich zu den anderen in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen ist der Anteil der Männer in dieser Diagnosengruppe am größten.

3.9.3. Altersverteilung (Abb.25, Abb.26, Abb.31, Abb.32, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 17 und 76 Jahren. Die Verteilungskurve zeigt, daß 59% der Patienten in der Altersgruppe zwischen 17 und 39 Jahren sind. Über das Alter von 17 bis 76 Jahren verteilt, finden wir mehrere Häufigkeitsgipfel. So tritt in dieser Diagnosengruppe keine Altersgruppe besonders gehäuft auf.
Bei der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht fällt auf, daß der überwiegende Anteil der Männer (73%) im Alter zwischen 17 und 39 Jahren liegt. 71% der Frauen gehören der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren an. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt mit 57.8 Jahren um mehr als 20 Jahre höher als das der Männer mit 35.2 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten beträgt 40.7 Jahre. Die Durchschnittswerte der Altersverteilung in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegen mit 45.8 Jahren bei allen Patienten und mit 41.7 Jahren bei den Männern über und mit 51.1 Jahren bei den Frauen unter den Durchschnittswerten der Diagnosengruppe.

3.9.4. Aufenthaltsdauer (Abb.27, Abb.33, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegt zwischen 2 und 89 Tagen. 93% der Patienten hielten sich zwischen 2 und 49 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve zeigt einen Häufigkeitsgipfel mit 55% der Patienten zwischen 2 und 19 Tagen. Danach fällt die Kurve annähernd kontinuierlich bis zur Aufenthaltsdauer von 49 Tagen ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten liegt bei 18.7 Tagen. Männer und Frauen unterscheiden sich

hierbei nicht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen ist mit 30.0 Tagen wesentlich höher als in der Diagnosengruppe.

3.9.5. Symptomatik (Tab.23, Tab.30)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n treten selten auf.

Auch O r i e n t i e r u n g s s t ö r u n g e n kommen selten vor. Zeitlich desorientiert sind 14% der Patienten. Jeweils 10% der Patienten zeigen örtliche und situative Orientierungsstörungen, davon je 67% in schwerer Ausprägung.

Unter den A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö r u n g e n stehen vorwiegend mittelschwer bis leicht ausgeprägte Konzentrationsstörungen im Vordergrund bei 66% der Patienten. Bei 48% der Patienten beobachten wir Merkfähigkeitsstörungen aller Ausprägungsgrade und bei 34% der Patienten Gedächtnisstörungen, die hauptsächlich mittelschwer ausgeprägt sind. Auffassungsstörungen, die meist leicht ausgeprägt sind, haben 28% der Patienten und Konfabulationen 21% der Patienten.

F o r m a l e D e n k s t ö r u n g e n : umständliches Denken stellen wir bei 31% der Patienten in mittelschwerer bis leichter Ausprägung und verlangsamtes Denken bei 24% der Patienten in meist leichter Ausprägung fest. 21% der Patienten zeigen perseverierendes Denken mittelschweren bis leichten Ausprägungsgrades.

Unter den überwertigen Ideen, Zwängen, Phobien ist die Hypochondrie (nicht wahnhaft) das häufigste Symptom. Wir finden es bei 14% der Patienten in mittelschwerer und schwerer Ausprägung.

Wahn symptome und Sinnestäuschungen kommen bei weniger als 4% der Patienten vor.

Ich- und Persönlichkeitsstörungen beobachten wir überhaupt nicht.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen stellen wir häufig und in hauptsächlich leichter Ausprägung fest. Die Patienten sind vor allem deprimiert/traurig (48% der Patienten) und innerlich unruhig (45% der Patienten). Ängstlichkeit zeigen 34% der Patienten. Je 31% der Patienten sind ratlos und gespannt. Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung, mürrisch gereiztes/dysphorisches Verhalten und meist mittelschwer ausgeprägte Insuffizienzgefühle beobachten wir bei jeweils 17% der Patienten. Unter den Affektstörungen finden wir das Symptom affektstarr bei 14% der Patienten in leichter bis mittelschwerer Ausprägung.

Psychomotorische Störungen: Antriebsarmut tritt am häufigsten auf. Wir beobachten sie bei 31% der Patienten in vorwiegend leichter Ausprägung. Motorisch unruhig sind 17% der Patienten in meist leichter Ausprägung.

Verlaufsbesonderheiten kommen selten vor.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit: vor allem besteht ein mittelschwer bis stark ausgeprägtes Krankheitsgefühl bei 41% der Patienten, dagegen ein meist mittelschwer ausgeprägter Mangel an Krankheitsgefühl bei 17% der Patienten. Mangel an Krankheitseinsicht zeigen 28% der Patienten in meist mittelschwerer Ausprägung. Wir beobachten bei 38% der Patienten einen verminderten Kontakt, der hauptsächlich mittelschwer bis leicht ausgeprägt ist. Leicht ausgeprägte Suizidtendenzen stellen wir bei 21% der Patienten fest; zu Suizidhandlungen kommt es nicht.

21% der Patienten zeigen meist leicht ausgeprägte Aggressionstendenzen; zu Aggressionshandlungen kommt es bei 3% der Patienten. Die Sexualität ist bei 14% der Patienten in überwiegend leichter Ausprägung vermindert.

Somatischer Befund

S c h l a f s t ö r u n g e n sind häufig und meist mittelschwer ausgeprägt. 59% der Patienten zeigen Einschlafstörung und 52% der Patienten Durchschlafstörung. Die Schlafdauer ist bei 38% der Patienten vermindert. Müdigkeit verspüren 28% der Patienten.

Unter den A p p e t e n z s t ö r u n g e n finden wir bei 31% der Patienten eine Appetitverminderung in meist mittelschwerer Ausprägung.

V e g e t a t i v e S y m p t o m e treten in Form von Schwitzen und "Kopfdruck" o.ä. bei je 24% der Patienten, Obstipation bei 21% der Patienten, Hitzegefühl und Schwindel bei je 17% der Patienten und Übelkeit bei 14% der Patienten auf. Diese Symptome sind überwiegend leicht bis mittelschwer ausgeprägt.

W e i t e r e k ö r p e r l i c h e S y m p t o m e : meist leicht ausgeprägte andere körperliche Symptome kommen bei 17% der Patienten vor.

N e u r o l o g i s c h e S y m p t o m e : in meist leichter Ausprägung beobachten wir bei jeweils 17% der Patienten einen feinschlägigen Tremor, Nystagmus und Paresen. Andere neurologische Symptome zeigen 31% der Patienten in meist leichter Ausprägung.

3.10. Diagnosengruppe 10: Oligophrenien

3.10.1. Häufigkeit (Tab.1, Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde an unserer Klinik bei 17 von 1750 Patienten die Diagnose Oligophrenie gestellt. In Bezug auf das gesamte untersuchte Patientengut im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 1.0%.Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 2.0%.

3.10.2. Geschlechtsverteilung (Tab.24, Tab.2)

Von den 17 Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien sind 47.1% Männer und 52.9% Frauen. Somit beträgt die Geschlechtsrelation 1 : 1.1.

3.10.3. Altersverteilung (Abb.28, Abb.29, Tab.3)

Das Alter der Patienten dieser Diagnosengruppe liegt zwischen 19 und 54 Jahren. Die Altersverteilungskurve zeigt einen Gipfel zwischen 20 und 24 Jahren. 47% der Patienten gehören dieser Altersgruppe an. 65% der Patienten sind zwischen 19 und 24 Jahren alt.
Die Altersverteilung getrennt nach Geschlecht zeigt keine auffälligen Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Patienten dieser Diagnosengruppe beträgt 28.0 Jahre. Frauen haben mit 29.3 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als Männer mit 26.6 Jahren.

3.10.4. Aufenthaltsdauer (Abb.30, Tab.4)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien liegt zwischen 6 und 209 Tagen. 88% der Patienten hielten sich zwischen 6 und 59 Tagen in der Klinik auf. Die Verteilungskurve zeigt mit 41% der Patienten einen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 29 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 39.2 Tagen die zweitlängste innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen zehn Diagnosengruppen. Für Männer beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 36 Tage, für Frauen 42 Tage.

3.10.5. Symptomatik (Tab.25)

Psychischer Befund

B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g e n treten nicht auf.

O r i e n t i e r u n g s s t ö r u n g e n: zeitlich desorientiert sind 18% der Patienten in mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

A u f m e r k s a m k e i t s- und G e d ä c h t n i s s t ö r u n g e n sind häufig. 53% der Patienten zeigen Auffassungsstörungen, davon 44% in schwerer Ausprägung. In vorwiegend leichter bis mittelschwerer Ausprägung stellen wir Konzentrationsstörungen bei 35% der Patienten, Merkfähigkeitsstörungen bei 24% der Patienten und Gedächtnisstörungen bei 18% der Patienten fest.

Unter den f o r m a l e n D e n k s t ö r u n g e n beobachten wir bei je 29% der Patienten eingeengtes und umständliches Denken, davon je 60% in schwerer Ausprägung. Alle Patienten mit verlangsamtem Denken (18% der Patienten) zeigen einen schweren Ausprägungsgrad.

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien finden wir selten und meist in mittelschwerer Ausprägung. Bei 18% der Patienten kommen überwertige Ideen vor.

Auch Wahn symptome sind selten vorhanden und ausschließlich mittelschwer ausgeprägt. Bei je 12% der Patienten finden wir Wahneinfall/ Wahngedanken, Wahndynamik und Größenwahn.

Sinnestäuschungen liegen nicht vor.

Unter den Ich- und Persönlichkeitsstörungen beobachten wir nur Störungen der Ichidentität und Autismus bei je 12% der Patienten, wobei alle Patienten mit Autismus einen schweren Ausprägungsgrad zeigen.

Verstimmungen, Gefühlsstörungen kommen meist in leichter Ausprägung vor. 47% der Patienten sind ängstlich,35% der Patienten sind deprimiert/traurig und jeweils 24% der Patienten sind ratlos und gefühlsverarmt/affektarm. Das Symptom gespannt finden wir bei 18% der Patienten in überwiegend mittelschwerer bis leichter Ausprägung.

Unter den psychomotorischen Störungen ist die Antriebsarmut das häufigste Symptom. Es kommt bei 41% der Patienten in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung vor. Bei je 12% der Patienten tritt eine leicht ausgeprägte Antriebssteigerung und mittelschwer ausgeprägte andere psychomotorische Störungen auf.

Verlaufsbesonderheiten werden selten beobachtet.

Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit: der Kontakt ist bei 35% der Patienten in leichter und schwerer Ausprägung vermindert. 24% der Patienten zeigen einen Mangel an Krankheitseinsicht, davon 75% mit schwerem Ausprägungsgrad. Einen Mangel an Krankheitsgefühl finden wir bei 12% der Patienten. Alle anderen Symptome dieser Gruppe kommen noch seltener vor.

Somatischer Befund

Unter den Schlafstörungen tritt die Einschlafstörung in leichter bis mittelschwerer Ausprägung bei 18% der Patienten auf.

Appetenzstörungen: 24% der Patienten zeigen eine meist leicht ausgeprägte Appetitverminderung.

Vegetative Symptome sind selten. Bei je 12% der Patienten findet man Schwitzen und Herzsensationen. Diese Symptome sind leicht ausgeprägt.

Neurologische Symptome: andere neurologische Symptome beobachten wir bei 12% der Patienten.

3.11. Übrige Diagnosen

3.11.1. Häufigkeit (Tab.26)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 50 von 1750 Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der übrigen Diagnosen gestellt. Damit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 2.9%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 6.0%.

3.11.2. Einteilung

3.11.2.1. Neurologische Krankheiten (ICD-Nr.316.1) (Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 16 Patienten diese Diagnose gestellt. In Bezug auf die gesamte Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 0.9%, in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 1.9%. Von den 16 Patienten sind 62.5% Männer und 37.5% Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 42.8 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 78.1 Tagen.

3.11.2.2. Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können (ICD-Nr.306) (Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 11 Patienten diese Diagnose gestellt. In Bezug auf die gesamte Klinikpopulation von 1750 Patienten

im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 0.6%, in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 1.3%. Von den 11 Patienten mit dieser Diagnose sind 63.6% Männer und 36.4% Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 34.0 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 23.9 Tagen.

3.11.2.3. Psychosomatische Störungen (ICD-Nr.305) (Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 11 Patienten diese Diagnose gestellt. Damit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 0.6%, an den in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten 1.3%.Von den 11 Patienten mit psychosomatischen Störungen sind 72.7% Männer und 27.3% Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 33.3 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 41.8 Tagen.

3.11.2.4. Epilepsie (ICD-Nr.345) (Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 6 Patienten die Diagnose Epilepsie gestellt. In Bezug auf die gesamte Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 0.3%, in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 0.7%. Von den 6 Patienten sind 66.7% Männer und 33.4% Frauen. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 30.8 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 29.2 Tage.

3.11.2.5. Sexuelle Verhaltensabweichnugen (ICD-Nr.302) (Tab.26,Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 3 Patienten diese Diagnose

gestellt. In Bezug auf die gesamte Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 0.2%, in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 0.4%. Alle 3 Patienten dieser Diagnose sind Männer. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 21.7 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 49.3 Tagen.

3.11.2.6. Weder neurologisch noch psychisch krank (ICD.Nr.316.2)
(Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 2 Patienten diese Diagnose gestellt. In Bezug auf die gesamte Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 bedeutet das einen Anteil von 0.1%, in Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 0.2%. 50% der Patienten sind Männer, 50% sind Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 24.0 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 5.0 Tagen.

3.11.2.7. Verhaltensstörungen im Kindesalter (ICD-Nr.308)
(Tab.26, Tab.27)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei einem Patient diese Diagnose gestellt. Der männliche Patient, der 15 Jahre alt ist, hielt sich 20 Tage in der Klinik auf.

3.12. Übersicht über die Hauptdiagnosengruppen (Tab.28)

Die Hauptdiagnosengruppe 1 setzt sich zusammen aus den drei Diagnosengruppen: chronische organische Psychosen, akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Von den 153 Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe gehören 39 Patienten bzw. 25.5% der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen, 85 Patienten bzw. 55.5% der Diagnosengruppe akute organische Psychosen und 29 Patienten bzw. 19.0% der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen an.
Der Anteil dieser Hauptdiagnosengruppe an den 830 in dieser Arbeit beschriebenen Patienten beträgt 18.4%, an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 8.7%.

Die Hauptdiagnosengruppe 2 setzt sich zusammen aus den vier Diagnosengruppen: depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit.
Von den 505 Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe gehören 193 Patienten bzw. 38.2% der Diagnosengruppe depressive Neurose, 123 Patienten bzw. 24.4% der Diagnosengruppe übrige Neurosen, 90 Patienten bzw. 17.8% der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen und 99 Patienten bzw. 19.6% der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit an.
Der Anteil dieser Hauptdiagnosengruppe an den 830 in dieser Arbeit beschriebenen Patienten beträgt 60.8%, an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 28,9%.

Die Hauptdiagnosengruppe 3 setzt sich aus den beiden Diagnosengruppen Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit zusammen. Von den 105 Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe gehören 77 Patienten bzw. 73.3% der Diagnosengruppe Alkoholismus und 28 Patienten bzw. 26.7% der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit an.
Der Anteil dieser Hauptdiagnosengruppe an den 830 in dieser Arbeit

beschriebenen Patienten beträgt 12.7%, an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 6.0%.

Die Hauptdiagnosengruppe 4 wird von den 17 Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien gebildet. Der Anteil dieser Hauptdiagnosengruppe an den 830 in dieser Arbeit beschriebenen Patienten beträgt 2.0%, an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978 1.0%.

3.13. Hauptdiagnosengruppe 1: -chronische organische Psychosen -akute organische Psychosen -nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

3.13.1. Häufigkeit (Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 153 von 1750 Patienten eine Diagnose aus der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen gestellt. Somit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 8.7%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 18.4%.

3.13.2. Geschlechtsverteilung (Tab.29)

Von den 153 Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe sind 56.9% Männer und 43.1% Frauen. Die Geschlechtsrelation Männer:Frauen beträgt 1.3:1.

3.13.3. Altersverteilung (Abb.31, Abb.32)

Das Alter der Patienten liegt zwischen 19 und 86 Jahren. Die Verteilungskurve zeigt, daß nur 2.6% der Patienten jünger als 20 Jahre sind. Danach findet sich eine Häufigkeitszunahme in der Altersgruppe zwischen 20 und 24 Jahren mit 10.4% der Patienten. Drei Häufigkeitsgipfel können unterschieden werden. Der erste liegt innerhalb der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren mit 10.4% der Patienten, der zweite liegt inner-

halb der Altersgruppe von 45 bis 49 Jahren mit 11.1% der Patienten und der dritte liegt innerhalb der Altersgruppe von 35 bis 39 Jahren mit 14.3% der Patienten. Der überwiegende Anteil der Patienten ist zwischen 20 und 59 Jahren alt (77% der Patienten). Nach einer Häufigkeitsabnahme zwischen 60 und 64 Jahren (3.9% der Patienten) steigt die Verteilungskurve erneut auf 7.1% der Patienten innerhalb der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren an. Danach fällt die Kurve fast kontinuierlich bis zum Alter von 86 Jahren ab.
Bei der Altersverteilung getrennt nach Geschlecht ist bemerkenswert, daß 21% der Männer jünger als 25 Jahre sind, bei den Frauen sind es nur 3%. Im Alter von 65 bis 74 Jahren finden wir dagegen einen höheren Anteil der Frauen mit 21% gegenüber den Männern mit 5%. Das Durchschnittsalter der Frauen ist mit 51.1 Jahren um fast zehn Jahre höher als das der Männer mit 41.7 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten dieser Diagnosengruppe beträgt 45.8 Jahre.

3.13.4. Aufenthaltsdauer (Abb.33)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegt zwischen 1 und 269 Tagen. 93% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 79 Tagen in der Klinik auf. Nach einem Häufigkeitsgipfel zwischen 1 und 9 Tagen (22% der Patienten) fällt die Kurve ab. 12% der Patienten waren zwischen 20 und 29 Tagen in der Klinik. Wir finden einen erneuten Anstieg zwischen 30 und 39 Tagen mit 15% der Patienten. Anschließend fällt die Kurve nahezu gleichmäßig bis zur Aufenthaltsdauer von 79 Tagen ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten beträgt 30.0 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer unterscheidet sich kaum von der der Frauen mit 30.7 Tagen.

3.13.5. Symptomatik (Tab.30)

Beschreibung der Symptomatik siehe S.82 ff..

3.14. Hauptdiagnosengruppe 2: -depressive Neurose
-übrige Neurosen
-Persönlichkeitsstörungen
-vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

3.14.1. Häufigkeit (Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 505 von 1750 Patienten eine Diagnose aus der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit gestellt. Somit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 28.9%. Innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 60.8%.

3.14.2. Geschlechtsverteilung (Tab.31)

Von den 505 Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe sind 56.0% Männer und 44.0% Frauen. Bei Männern wird die Diagnose 1.3 mal häufiger gestellt als bei Frauen.

3.14.3. Altersverteilung (Abb.34, Abb.35)

Das Alter der Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe liegt zwischen 15 und 74 Jahren. 84% der Patienten befinden sich in der Altersgruppe zwischen 15 und 44 Jahren. Einen deutlichen Häufigkeitsgipfel beobachten wir mit 26% der Patienten in der Altersgruppe zwischen 20 und 24 Jahren. Ab dem 45. Lebensjahr fällt die Verteilungskurve nahezu gleichmäßig bis zum Alter von 74 Jahren ab.

Die Altersverteilung getrennt nach Geschlecht zeigt, daß in der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren überwiegend männliche Patienten sind. In dieser Altersgruppe befinden sich 63% der Männer und 40% der Frauen. Das Durchschnittsalter der Frauen ist mit 34.8 Jahren höher als das der Männer mit 28.9 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe liegt bei 31.3 Jahren.

3.14.4. Aufenthaltsdauer (Abb.36)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit liegt zwischen 1 und 249 Tagen. 96% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 99 Tagen in der Klinik auf. Eine Aufenthaltsdauer von 1 bis 39 Tage hatten 70% der Patienten. Nach einem Häufigkeitsgipfel zwischen 10 und 19 Tagen (21% der Patienten) fällt die Kurve nahezu gleichmäßig ab bis zu einer Aufenthaltsdauer von 99 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten beträgt 28.4 Tage, die der Männer 27.9 Tage, die der Frauen 28.6 Tage.

3.14.5. Symptomatik (Tab.32)

Beschreibung der Symptomatik siehe S.82 ff..

3.15. Hauptdiagnosengruppe 3: Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

3.15.1. Häufigkeit (Tab.28)

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 105 von 1750 Patienten eine Diagnose aus der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit gestellt. Damit beträgt ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation im Jahre 1978 6.0%, innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten bedeutet das einen Anteil von 12,7%.

3.15.2. Geschlechtsverteilung (Tab.33)

Von den Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe sind 68.6% Männer und 31.4% Frauen. Bei Männern wird die Diagnose 2.2 mal häufiger gestellt.

3.15.3. Altersverteilung (Abb.37, Abb.38)

Das Alter der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigikeit liegt zwischen 16 und 61 Jahren. 69% der Patienten befinden sich in der Altersgruppe von 20 bis 39 Jahren. Die Verteilungskurve zeigt ab der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren einen ständigen Anstieg bis zu einem Häufigkeitsgipfel zwischen 35 und 39 Jahren (20% der Patienten). Danach fällt die Kurve rasch ab bis zu einer Häufigkeit von 7% in der Altersgruppe von 40 bis 44 Jahren.
Die Altersverteilung getrennt nach Geschlecht zeigt, daß 70% der Männer im Alter von 20 bis 39 Jahren sind. Bei den Frauen befinden sich

52% in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren. Das durchschnittliche Alter der Frauen liegt mit 38.2 Jahren um fast sechs Jahre höher als das der Männer mit 32.6 Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit liegt bei 34.4 Jahren.

3.15.4. Aufenthaltsdauer (Abb.39)

Die Aufenthaltsdauer der Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe liegt zwischen 1 und 109 Tagen. 57% der Patienten hielten sich zwischen 1 und 19 Tagen in der Klinik auf. Ab der Aufenthaltsdauer von 20 Tagen fällt die Verteilungskurve nahezu gleichmäßig bis zu einer Dauer von 89 Tagen ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten liegt bei 19.8 Tagen. Frauen hielten sich durchschnittlich 20.8 Tage und Männer durchschnittlich 19.4 Tage in der Klinik auf.

3.15.5. Symptomatik (Tab.34)

Beschreibung der Symptomatik siehe S.82 ff..

3.16. Hauptdiagnosengruppe 4: Oligophrenien

Beschreibung siehe Diagnosengruppe 10: Oligophrenien, S.65 ff..

4. Diskussion

4.1. Vergleichende Betrachtung der Diagnosengruppen und der Hauptdiagnosengruppen

Im Jahre 1978 wurden an der Psychiatrischen KLinik München 1750 Patienten behandelt. In dieser Arbeit werden die zehn Diagnosengruppen chronische organische Psychosen, akute organische Psychosen, depressive Neurose, übrige Neurosen, vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen und Oligophrenien beschrieben. Im folgenden wird eine Zusammenfassung und vergleichende Betrachtung der Symptomatik, der demographischen und klinischen Daten vorgenommen. Dabei fassen wir die zehn Diagnosengruppen in vier Hauptdiagnosengruppen zusammen. Die übrigen Diagnosen werden hier nicht mehr behandelt.

Hauptdiagnosengruppe 1: Chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Chronische organische Psychosen

ICD-Nr.290: Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten

ICD-Nr.291.1: Alkoholisches Korsakow-Syndrom

ICD-Nr.293.0: Psychosen bei Hirnarteriosklerose

ICD-Nr.293.1: Psychosen bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen

ICD-Nr.293.4: Psychosen bei degenerativen Erkrankungen des ZNS

Akute organische Psychosen

ICD-Nr.291.0: Delirium tremens

ICD-Nr.291.2: Alkohol-Halluzinose

ICD-Nr.291.3: Alkoholischer Eifersuchtswahn

ICD-Nr.291.9: Andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen

ICD-Nr.292: Psychosen bei intrakraniellen Infektionen

ICD-Nr.293.2: Psychosen bei Epilepsie

ICD-Nr.293.3: Psychosen bei intrakraniellen Tumoren

ICD-Nr.293.5: Psychosen bei Hirntraumen

ICD-Nr.293.9: Psychosen bei anderen nicht näher bezeichneten cerebralen Störungen

ICD-Nr.294: Psychosen bei anderen körperlichen Störungen

Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

ICD-Nr.309

Hauptdiagnosengruppe 2: Depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Depressive Neurose

ICD-Nr.300.4

Übrige Neurosen

ICD-Nr.300.0: Angstneurose

ICD-Nr.300.1: Hysterische Neurose

ICD-Nr.300.2: Phobie

ICD-Nr.300.3: Zwangsneurose

ICD-Nr.300.5: Neurasthenie

ICD-Nr.300.6: Neurotisches Depersonalisationssyndrom

ICD-Nr.300.7: Hypochondrische Neurose

ICD-Nr.300.8: Andere Neurosen

ICD-Nr.300.9: Nicht näher bezeichnete Neurosen

Persönlichkeitsstörungen

ICD-Nr.301

Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

ICD-Nr.307: Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen

ICD-Nr.E950-E959: Selbstmord und Selbstbeschädigung

Hauptdiagnosengruppe 3: Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Alkoholismus

ICD-Nr.303: Alkoholismus

ICD-Nr.291.4: Alkoholrausch

Medikamentenabhängigkeit

ICD-Nr.304

Hauptdiagnosengruppe 4: Oligophrenien

ICD-Nr.310: Minderbegabung

ICD-Nr.311: Leichter Schwachsinn

ICD-Nr.312: Deutlicher Schwachsinn

ICD-Nr.313: Schwerer Schwachsinn

ICD-Nr.314: Hochgradiger Schwachsinn

Icd-Nr.315: Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad

Bei der Beschreibung der Symptomenprofile der Diagnosengruppen akute und chronische organische Psychosen und Oligophrenien beziehen wir uns zusätzlich auf die Lehrbücher von Degkwitz/Hoffmann/Kindt (3) und Schulte/Tölle (10).

Hauptdiagnosengruppe 1: chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Im Beobachtungszeitraum 1978 wurden die Diagnosen chronische organische Psychosen, akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen bei 153 Patienten gestellt. Die Patienten dieser drei Diagnosengruppen haben am gesamten Patientengut unserer Klinik im Jahre 1978 einen Anteil von 8.7%, an den 830 in dieser Arbeit beschriebenen Patienten einen Anteil von 18.4%.

Chronische organische Psychosen

Von den 39 Patienten sind 41% Männer und 59% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 62.3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 39.9 Tage.
Im Vordergrund der Symptomatik der chronischen organischen Psychosen stehen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, die meist mittelschwer bis schwer ausgeprägt sind. Diese Symptome treten bei allen zehn in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen häufig auf, wir finden sie bei den chronischen organischen Psychosen jedoch am häufigsten. Wir beobachten bei 82% der Patienten Konzentrationsstörungen und bei 74% der Patienten Merkfähigkeitsstörungen. Häufig zeigen die Patienten meist mittelschwer bis schwer ausgeprägte Orientierungsstörungen. 56% der Patienten sind zeitlich, 41% der Patienten sind örtlich und 38% der Patienten sind situativ desorientiert. Mit etwas geringerer Häufigkeit stellen wir diese Symptome nur noch bei den akuten organischen Psychosen fest, bei den anderen acht Diagnosengruppen finden wir sie dagegen selten. Formale Denkstörungen zeigen die Patienten aller drei Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen häufiger als die

Patienten der anderen sieben in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Symptome wie verlangsamtes Denken (56% der Patienten), umständliches Denken (44% der Patienten) und eingeengtes Denken (41% der Patienten), die meist mittelschwer bis leicht ausgeprägt sind, treten bei den chronischen organischen Psychosen bei einem größeren Teil der Patienten auf als bei allen anderen Diagnosengruppen. Eine nicht wahnhafte Hypochondrie finden wir bei 21% der Patienten in leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Dieses Symptom beobachten wir bei den Patienten der anderen Diagnosengruppen, außer der übrigen Neurose (35% der Patienten), selten. Wahnsymptome und Sinnestäuschungen kommen, wie auch bei den akuten organischen Psychosen, häufiger vor als bei allen anderen Diagnosengruppen. Ich- und Persönlichkeitsstörungen treten bei Patienten mit chronischen organischen Psychosen ebenso wie bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen äußerst selten auf. Dagegen finden wir bei einem Großteil der Patienten aller zehn Diagnosengruppen depressive Verstimmungen. Störungen der Affektivität, wie affektlabil, affektinkontinent und affektstarr zeigen die Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen in meist mittelschwerer Ausprägung häufiger als die Patienten der anderen in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Bei einem Großteil der Patienten aller zehn Diagnosengruppen beobachten wir eine Antriebsarmut, die bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen mit 44% der Fälle vor allem in mittelschwerer und leichter Ausprägung am häufigsten auftritt. Nächtliche Exazerbationen kommen bei 33% der Patienten in meist mittelschwerer und schwerer Ausprägung vor. Dadurch unterscheiden sich die Patienten dieser Diagnosengruppe wesentlich von den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen,die dieses Symptom äußerst selten zeigen. Außerdem stellen wir bei der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen Symptome wie unselbständig in der Körperpflege (18% der Patienten) und Beschäftigung erschwert (26% der Patienten) häufiger fest als bei den anderen neun Diagnosengruppen. Schlafstörungen und eine Appetitverminderung zeigt, wie in allen zehn Diagnosengruppen, ein Großteil der Patienten.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß im Vordergrund der Symptomatik von chronischen organischen Psychosen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sowie Orientierungsstörungen stehen. Daneben beobachten

wir häufig sowohl paranoid-halluzinatorische Symptome mit formalen Denkstörungen, Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen, als auch depressive Zustandsbilder.

Akute organische Psychosen

Von den 85 Patienten sind 57.7% Männer und 42.3% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 39.9 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 29.4 Tage.
Das klinische Bild der akuten organischen Psychosen ist, wie bei der chronischen Form, gekennzeichnet durch Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses sowie durch Orientierungsstörungen. Diese Symptome sind leicht bis mittelschwer ausgeprägt. Auch schizophrenieähnliche Symptome, wie formale Denkstörungen und Wahnsymptome, kommen, wie auch bei der chronischen Form, häufiger vor als bei den anderen acht in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Symptome wie beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (17% der Patienten), Vorbeireden (22% der Patienten) und inkohärent/zerfahrenes Denken (26% der Patienten), die meist mittelschwer und leicht ausgeprägt sind, sowie ein meist mittelschwer ausgeprägter Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn (27% der Patienten) treten bei den akuten organischen Psychosen bei einem größeren Teil der Patienten auf als bei allen anderen neun Diagnosengruppen. Sinnestäuschungen beobachten wir in Form von Stimmenhören (20% der Patienten) und optischen Halluzinationen (22% der Patienten), die meist mittelschwer ausgeprägt sind, noch häufiger als bei den chronischen organischen Psychosen. Patienten der akuten organischen Psychosen zeigen sowohl depressive als auch manische Verstimmungen. Mit ähnlicher Häufigkeit wie die Patienten aller anderen Diagnosengruppen haben sie eine Antriebsarmut, Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle und Suizidtendenzen und sind deprimiert/traurig. Manische Symptome, wie Antriebssteigerung (21% der Patienten), gehoben euphorische Verstimmung (18% der Patienten) und gesteigertes Selbstwertgefühl (11% der Patienten), in meist mittelschwerer bis leichter Ausprägung, beobachten wir dagegen bei einem größeren Teil der Patienten als in den anderen Diagnosengruppen.
Außerdem finden wir die Symptome Mangel an Krankheitsgefühl (27% der Patienten), Mangel an Krankheitseinsicht (42% der Patienten) und Ab-

lehnung der Behandlung (22% der Patienten) in meist mittelschwerer und schwerer Ausprägung bei den akuten organischen Psychosen am häufigsten.
Zusammenfassend stellen wir bei den akuten organischen Psychosen,ebenso wie bei der chronischen Form,fest, daß Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie Orientierungsstörungen im Vordergrund der Symptomatik stehen. Neben paranoid-halluzinatorischen Symtomen,wie formalen Denkstörungen und Wahnsymptomen, beobachten wir Affektstörungen sowohl als depressive als auch als manische Form.

Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Von den 29 Patienten sind 75.9% Männer und 24.1% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 40.7 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 18.7 Tage.
Wie bei den Patienten aller zehn Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit beschrieben werden, beobachten wir häufig Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen in mittelschwerer bis leichter Ausprägung. Unter den formalen Denkstörungen treten bei einem Großteil der Patienten verlangsamtes Denken (24% der Patienten), umständliches Denken (31% der Patienten) und perseverierendes Denken (21% der Patienten) in meist mittelschwerer bis leichter Ausprägung auf. Wie auch bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen finden wir depressive Verstimmungen häufig, die vorwiegend leicht ausgeprägt sind. Dasselbe gilt für Schlafstörungen und Appetenzstörungen.
Zusammenfassend stellen wir fest, daß die Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, wie auch die Patienten mit organischen Psychosen, zu einem großen Teil Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie formale Denkstörungen zeigen.

Vergleich der demographischen und klinischen Daten und der Symptomatik der Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe haben die Patienten mit akuten organischen Psychosen den größten Anteil mit über der Hälfte der Patienten.
Bei der Geschlechterrelation fällt auf, daß die Diagnose nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen bei Männern drei mal häufiger gestellt wird als bei Frauen, während bei den organischen Psychosen kein auffallender Unterschied in der Geschlechterrelation besteht.
Patienten mit chronischen organischen Psychosen haben in dieser Hauptdiagnosengruppe das höchste Durchschnittsalter. Mit 62.3 Jahren liegt es um mehr als 20 Jahre über dem Durchschnittsalter der Patienten der Diagnosengruppen akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen.
Mit 39.9 Tagen haben die Patienten mit chronischen organischen Psychosen auch die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik. Es folgen die Patienten mit akuten organischen Psychosen mit 29.4 Tagen und die Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen mit 18.7 Tagen.

Im Vordergrund der Symptomatik aller drei Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe stehen Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Auch nach Degkwitz u.a. sind diese Symptome charakteristisch für die organischen Psychosen. In Übereinstimmung mit Degkwitz u.a. treten bei den organischen Psychosen häufig Orientierungsstörungen auf. Wir beobachten sie bei den Patienten mit organischen Psychosen häufiger als bei den Patienten der anderen acht Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit beschrieben werden. Auch bei den Patienten mit

nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen sind die Orientierungsstörungen deutlich seltener vorhanden. Ein Unterschied in Bezug auf die Orientierungsstörungen zwischen den chronischen organischen Psychosen und der akuten Form liegt sowohl in der Häufigkeit als auch im Ausprägungsgrad dieser Störungen. Meist mittelschwer bis schwer ausgeprägt finden wir sie bei der chronischen Form, bei der akuten Form sind sie meist leicht ausgeprägt,und wir stellen sie hier seltener fest.
Die bei Schulte/Tölle und Degkwitz u.a. beschriebenen charakteristischen Bewußtseinsstörungen der akuten organischen Psychosen treten bei unseren Patienten seltener auf. Nur 8% der Patienten zeigen eine Bewußtseinstrübung, 17% der Patienten sind delirant und 11% der Patienten sind umdämmert. Dieses letzte Symptom beobachten wir bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe überhaupt nicht. Bei den Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen stellen wir bei einem großen Teil formale Denkstörungen fest. Wie auch nach Degkwitz u.a. zeigen besonders die Patienten mit organischen Psychosen diese Störungen. Symptome wie verlangsamtes, eigeengtes und umständliches Denken treten bei unserem Patientengut häufiger bei der chronischen Form auf; beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken, inkohärentes/zerfahrenes Denken und Vorbeireden finden wir dagegen häufiger bei der akuten Form. Bei den Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beobachten wir vorwiegend verlangsamtes, umständliches und perseverierendes Denken. Bei den chronischen organischen Psychosen stellen wir bei 21% der Patienten eine nicht wahnhafte Hypochondrie fest, die meist leicht bis mittelschwer ausgeprägt ist.Nur 5% der Patienten der akuten Form zeigen dieses Symptom. Bei den Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen tritt dieses Symptom bei 14% in mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf. Das klinische Bild der organischen Psychosen kann nach Degkwitz u.a. sowohl durch Wahnsymptome als auch durch Sinnestäuschungen gekennzeichnet sein. Das können wir

auch bei unserem Patientengut bestätigen. Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn sowie optische Halluzinationen stellen wir bei der akuten Form bei einem größeren Teil der Patienten fest als bei der chronischen Form. Die Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen zeigen Wahnsymptome und Sinnestäuschungen äußerst selten. Degkwitz u.a. stellen fest, daß organische Psychosen häufig Störungen der Affektivität zeigen. Nach diesen Autoren äußert sich die akute Form sowohl in depressiven als auch in manischen Symptomen, während bei der chronischen Form zum großen Teil euphorisch gestimmte Patienten gefunden werden. Bei unseren Patienten mit akuten organischen Psychosen stellen wir diese Symptome auch zu einem großen Prozentsatz fest, die Patienten mit chronischen organischen Psychosen dagegen sind nur zu 5% euphorisch gestimmt; häufiger beobachten wir bei der chronischen Form depressive Verstimmungen. Symptome wie gehoben/euphorisch und mißtrauisch/feindselig finden wir bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen seltener als bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen und nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Gesteigertes Selbstwertgefühl und Ambivalenz, Symptome, die bei den akuten organischen Psychosen bei 11% bzw. 15% der Patienten auftreten, kommen bei den beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe überhaupt nicht vor. Wie Degkwitz u.a. beobachten wir bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen bei einem großen Teil eine Affektlabilität (21% der Patienten) und somit häufiger als bei den beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe. Im Einklang mit Degkwitz u.a. finden wir bei den organischen Psychosen häufig psychomotorische Störungen, im Sinne einer Verminderung des Antriebs. Auch die Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen zeigen großteils eine Antriebsarmut (31% der Patienten). Bei diesen Patienten stellen wir, im Gegensatz zu den Patienten mit organischen Psychosen, keine Antriebshemmung und seltener eine Antriebssteigerung und motorische Unruhe fest. Maniriertes Verhalten zeigen innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe

nur die Patienten mit akuten organischen Psychosen (11% der Patienten). Nächtliche Exazerbationen treten bei 33% der Patienten mit chronischen organischen Psychosen in meist mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf, bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe dagegen äußerst selten. Häufiger als bei den Patienten mit organischen Psychosen beobachten wir bei den Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen Suizidtendenzen und Aggressionstendenzen in meist leichter Ausprägung. Die Patienten aller drei Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe zeigen zu einem großen Teil Schlafstörungen und eine Appetitverminderung.

Hauptdiagnosengruppe 2: depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Im Beobachtungszeitraum 1978 wurden bei 505 Patienten die Diagnosen depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit gestellt.
Die Patienten dieser vier Diagnosengruppen haben am gesamten Patientengut unserer Klinik im Jahre 1978 einen Anteil von 28.9%, an den 830 Patienten, die in dieser Arbeit beschrieben werden, einen Anteil von 60.8%.

Depressive Neurose

Von den 193 Patienten mit depressiver Neurose sind 57.5% Männer und 42.5% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 33.5 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 31.1 Tage.
Die Symptomatik der depressiven Neurose ist gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung. 82% der Patienten sind deprimiert/traurig, 53% der Patienten sind hoffnungslos/verzweifelt, 40% der Patienten

haben Insuffizienzgefühle und 31% der Patienten Störung der Vitalgefühle. Diese Symptome zeigen die Patienten mit depressiver Neurose häufiger als die Patienten aller anderen in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Wir finden diese Symptome meist mittelschwer bis leicht ausgeprägt. Ebenfalls den größten Anteil der Patienten aller Diagnosengruppen,die in dieser Arbeit beschrieben werden, beobachten wir bei der depressiven Neurose bezüglich der Suizidtendenzen. Bei 40% der Patienten tritt dieses Symptom in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung auf; zu Suizidhandlungen kommt es bei 14% der Patienten.
Die Häufigkeit aller anderen Symptome erlaubt keine nähere Differenzierung dieses Krankheitsbildes innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit und gegenüber der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit.

Übrige Neurosen

Von den 123 Patienten sind 47.9% Männer und 52.1% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 36.1 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 35.4 Tage.
Charakteristisch für die Symptomatik der übrigen Neurosen ist das häufige Auftreten der Symptome Hypochondrie (nicht wahnhaft) bei 35% der Patienten in meist schwerer bis mittelschwerer Ausprägung, Zwangsdenken bei 15% der Patienten, Zwangshandlungen bei 11% der Patienten und Zwangsimpulse bei 7% der Patienten, wobei die Zwangssymptome vorwiegend schwer ausgeprägt sind. Diese vier genannten Symptome finden wir bei allen anderen Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit beschrieben werden, seltener. Auch Phobien aller Ausprägungsgrade beobachten wir bei den Patienten mit übrigen Neurosen (10% der Patienten) häufiger als bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen. Wie die Patienten aller Diagnosengruppen sind die Patienten mit übrigen Neurosen depressiv verstimmt und antriebsarm.
Weitere kennzeichnende Symptome können gegenüber den anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe und gegenüber der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit nicht gefunden werden.

Persönlichkeitsstörungen

Von den 90 Patienten sind 72.2% Männer und 27.8% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 26.5 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 25.2 Tage.
Die Symptomatik dieser Diagnosengruppe zeigt innerhalb der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit keine kennzeichnenden Merkmale. Wie bei den Patienten aller anderen in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen beobachten wir häufig Konzentrationsstörungen, die meist leicht bis mittelschwer ausgeprägt sind.
Unter den Verstimmungen und Gefühlsstörungen finden wir die Symptome deprimiert/traurig bei 50% der Patienten, mürrisch gereizt/dysphorisch bei 34% der Patienten, ängstlich bei 33% der Patienten und innerlich unruhig bei 32% der Patienten. Eine Störung der Ichidentität zeigen 6% der Patienten; nur bei Patienten mit Oligophrenien kommt dieses Symptom innerhalb der in dieser Arbeit untersuchten zehn Diagnosengruppen noch häufiger vor. Bei einem großen Teil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stellen wir Suizidtendenzen (33% der Patienten) fest; zu Suizidhandlungen kommt es bei 8% der Patienten.

Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Von den 99 Patienten sind 48.5% Männer und 51.5% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 26.3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 15.9 Tage.
Dieses Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch das häufige Auftreten von Suizidhandlungen. In meist schwerer bis mittelschwerer Ausprägung finden wir dieses Symptom häufiger als bei den Patienten aller anderen neun in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen (21% der Patienten).
Wie die Patienten aller Diagnosengruppen zeigen auch diese Patienten zu einem großen Teil Affektstörungen und depressive Verstimmungen; 56% der Patienten sind deprimiert/traurig, 34% der Patienten sind hoffnungslos/verzweifelt und 44% der Patienten sind ängstlich. Insuffizienzgefühle haben 22% der Patienten. Schlafstörungen und Appetitverminderung beobachten wir, wie bei den Patienten aller Diagnosengruppen, häufig.

Vergleich der demographischen und klinischen Daten und der Symptomatik der Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Den größten Anteil an dieser Hauptdiagnosengruppe haben die Patienten mit depressiver Neurose mit 38.2%. Die drei anderen Diagnosengruppen haben an dieser Hauptdiagnosengruppe einen annähernd gleichen Anteil von jeweils ca. 20%.
Bei der Geschlechterrelation fällt auf, daß die Diagnose Persönlichkeitsstörungen bei den Männern 2.6 mal häufiger gestellt wird als bei den Frauen. Bei den drei anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe besteht kein auffälliger Unterschied in der Geschlechtsverteilung.
Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben mit 26.3 bzw. 26.5 Jahren ein geringeres Durchschnittsalter als die Patienten mit depressiver Neurose (33.5 Jahre) und die Patienten mit übrigen Neurosen (36.1 Jahre).
Mit 16 Tagen haben die Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit die kürzeste durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe. Es folgen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 25 Tagen, die Patienten mit depressiver Neurose mit 31 Tagen und die Patienten mit übrigen Neurosen mit 35 Tagen.
Beim Vergleich der Symptomatik beobachten wir, daß in allen vier Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen auftreten, jedoch deutlich seltener als in den anderen drei Hauptdiagnosengruppen. Die Häufigkeit (max. 26% der Patienten) und der Ausprägungsgrad (meist leicht ausgeprägt) dieser Störungen ist in den vier Diagnosengruppen annähernd gleich. Seltener als in der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Stö-

rungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen kommen in dieser Hauptdiagnosengruppe formale Denkstörungen vor.
Ein deutlicher Unterschied zwischen den vier Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit besteht in der Symptomengruppe der überwertigen Ideen, Zwänge, Phobien. Diese Symptome beobachten wir bei den Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen häufiger als bei den drei anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe und den anderen drei Hauptdiagnosengruppen. Bei dieser Diagnosengruppe finden wir eine Hypochondrie (nicht wahnhaft) in meist mittelschwerer bis schwerer Ausprägung bei 35% der Patienten.(Die Diagnosengruppe übrige Neurosen schließt Patienten mit der Diagnose hypochondrische Neurose mit ein.) Auch Zwangssymptome, die meist schwer ausgeprägt sind, und Phobien stellen wir bei den Patienten mit übrigen Neurosen (der auch Patienten mit Zwangsneurosen angehören) häufiger fest als bei den Patienten der drei anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe und der drei anderen Hauptdiagnosengruppen.
Im Vordergrund der Symptomatik aller vier Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe stehen Affektstörungen. Häufiger als die Patienten aller anderen neun in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen zeigen die Patienten mit depressiver Neurose Symptome wie deprimiert/traurig (82% der Patienten), hoffnungslos/verzweifelt (53% der Patienten), Insuffizienzgefühle (40% der Patienten) und Schuldgefühle (18% der Patienten). Diese Symptome sind vorwiegend mittelschwer bis leicht ausgeprägt. Ängstlichkeit und vor allem eine Störung der Vitalgefühle beobachten wir bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit deutlich seltener als bei den Patienten mit depressiven und übrigen Neurosen. Bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen treten die Symptome mürrisch gereizt/dysphorisch (34% der Patienten) und mißtrauisch/feindselig (29% der Patienten) in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung häufiger auf als bei den anderen drei Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe.

Bei den psychomotorischen Störungen fällt auf, daß Patienten mit depressiven und übrigen Neurosen zu einem größeren Teil antriebsarm (40% und 33% der Patienten) sind als die Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe. Besonders Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind im Vergleich der Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit seltener antriebsarm (12% der Patienten) und antriebsgehemmt (6% der Patienten). Bei diesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stellen wir dagegen innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe am häufigsten eine Antriebssteigerung (14% der Patienten) fest.
Bei den Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens beobachten wir die Symptome Kontakt vermindert und Krankheitsgefühl in größerem Umfang bei den Patienten mit depressiven und übrigen Neurosen als bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe. Die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit zeigen häufiger einen Mangel an Krankheitsgefühl (21% bzw. 16% der Patienten) und einen Mangel an Krankheitseinsicht (23% bzw. 20% der Patienten) als die Patienten der Diagnosengruppen depressive und übrige Neurosen. Bei den Patienten mit übrigen Neurosen finden wir deutlich seltener als bei den Patienten der drei anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe Suizidtendenzen (15% der Patienten). Patienten mit depressiver Neurose haben die häufigsten Suizidtendenzen (40% der Patienten) innerhalb aller zehn in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Zu Suizidhandlungen kommt es am häufigsten von allen zehn in dieser Arbeit untersuchten Diagnosengruppen bei den Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit (21% der Patienten) in meist mittelschwerer bis schwerer Ausprägung. Bei Patienten mit depressiver Neurose tritt dieses Symptom in 14% der Fälle auf. Eine verminderte Sexualität zeigen Patienten mit übrigen Neurosen (32% der Patienten) und Patienten mit depressiver Neurose (20% der Patienten) am häufigsten im Vergleich zu den Patienten aller in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen. Bei den Patienten mit depressiven und übrigen Neurosen stellen wir bei einem größeren Teil Schlafstörungen und eine Appetitverminderung

fest als bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. Vegetative Symptome kommen bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit seltener vor als bei den Patienten mit depressiven und übrigen Neurosen.

Der Vergleich der depressiven Neurose mit der depressiven affektiven Psychose (4) zeigt, daß bei der depressiven affektiven Psychose deutlich häufiger Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sowie formale Denkstörungen auftreten. Symptome aus der Symptomengruppe der überwertigen Ideen, Zwänge, Phobien beobachten wir bei den Patienten beider Krankheitsbilder selten. Den Schuldwahn finden wir mit 11% der Patienten bei der depressiven affektiven Psychose zu einem deutlich größeren Prozentsatz als bei der depressiven Neurose (1% der Patienten). Bei den Patienten beider Diagnosengruppen treten Sinnestäuschungen äußerst selten auf. Symptome wie gefühlsverarmt/affektarm, Gefühl der Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, klagsam/jammerig, Schuldgefühle, Verarmungsgefühl und affektstarr kommen bei den Patienten mit depressiver affektiver Psychose bei einem größeren Teil der Patienten vor als bei der depressiven Neurose. Die Patienten beider Krankheitsbilder sind großteils antriebsvermindert. Noch häufiger als bei der depressiven Neurose stellen wir bei der depressiven affektiven Psychose antriebsarme und antriebsgehemmte Patienten fest.
Eine abendliche Besserung zeigen 56% der Patienten mit depressiver affektiver Psychose und nur 9% der Patienten mit depressiver Neurose. In beiden Diagnosengruppen beobachten wir häufig Schlafstörungen, Appetitverminderung und vegetative Symptome; die Patienten mit depressiver affektiver Psychose haben diese Symptome in noch größerem Umfang als die Patienten mit depressiver Neurose.

Hauptdiagnosengruppe 3: Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Im Beobachtungszeitraum 1978 wurden die Diagnosen Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit bei 105 Patienten gestellt. Die Patienten dieser beiden Diagnosengruppen haben am gesamten Patientengut unserer Klinik im Jahre 1978 einen Anteil von 6%, an den in dieser Arbeit beschriebenen 830 Patienten einen Anteil von 12.7%.

Alkoholismus

Von den 77 Patienten mit Alkoholismus sind 75.3% Männer und 24.7% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 34.4 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 18.0 Tage.
Die Symptomatik dieser Diagnosengruppe zeigt keine charakteristischen Merkmale in Bezug auf die Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit, sowie in Bezug auf die Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit. Wie bei allen anderen Diagnosengruppen beobachten wir auch bei den Patienten mit Alkoholismus häufig Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Wie auch bei den Patienten der drei Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen finden wir bei den Patienten mit Alkoholismus bei einem Großteil ein verlangsamtes Denken, das meist leicht ausgeprägt ist (30% der Patienten). Affektstörungen, Schlafstörungen und Appetitverminderung stellen wir, wie auch in allen anderen neun Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit beschrieben werden, häufig fest. Bei einem größeren Teil der Patienten als in allen anderen neun Diagnosengruppen kommen die Symptome Schwitzen (47% der Patienten) und feinschlägiger Tremor (29% der Patienten) vor.

Medikamentenabhängigkeit

Von den 28 in diese Gruppe gehörenden Patienten sind 50% Männer und 50% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 34.4 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 24.8 Tage.
Bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit können wir keine unterscheidende charakteristische Symptomatik gegenüber den Patienten mit Alkoholismus und den Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit beobachten. Wie bei den Patienten aller anderen neun Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit untersucht werden, finden wir häufig Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, vor allem Konzentrationsstörungen bei 54% der Patienten in meist leichter Ausprägung. Dasselbe trifft für die Symptomengruppe der Verstimmungen und Gefühlsstörungen zu. Wir stellen in vorwiegend leichter bis mittelschwerer Ausprägung Symptome wie deprimiert/traurig bei 54% der Patienten, ängstlich bei 32% der Patienten und bei je 21% der Patienten Störung der Vitalgefühle und hoffnungslos/verzweifelt fest. Häufiger als die Patienten aller anderen neun Diagnosengruppen dieser Arbeit zeigen die Patienten mit Medikamentenabhängigkeit mürrisch gereiztes/dysphorisches Verhalten (39% der Patienten) und innere Unruhe (68% der Patienten) in meist leichter bis mittelschwerer Ausprägung. Vegetative Symptome kommen in Form von Übelkeit bei 25% der Patienten, Erbrechen bei 21% der Patienten, Frösteln bei 29% der Patienten und Schwindel bei 36% der Patienten in hauptsächlich mittelschwerer bis leichter Ausprägung vor. Diese Symptome beobachten wir bei den Patienten dieser Diagnosengruppe bei einem größeren Teil als bei den Patienten aller anderen in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen.

Vergleich der demographischen und klinischen Daten und der Symptomatik der Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Die Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

setzt sich zu 73% aus Patienten mit Alkoholismus und zu 27% aus Patienten mit Medikamentenabhängigkeit zusammen.
Die Diagnose Alkoholismus wird bei Männern drei mal häufiger als bei Frauen gestellt. Bei der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit findet sich kein Unterschied in der Geschlechterrelation.
Die Patienten der beiden Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe haben dasselbe Durchschnittsalter.
Patienten mit Medikamentenabhängigkeit hielten sich im Durchschnitt um sieben Tage länger in der Klinik auf als Patienten mit Alkoholismus.

Beim Vergleich der Symptomatik der beiden Diagnosengruppen fällt auf, daß Orientierungsstörungen, Wahnsymptome und Sinnestäuschungen bei maximal 12% der Patienten mit Alkoholismus zu beobachten sind, während wir diese Symptome bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit überhaupt nicht feststellen. Das Auftreten dieser Symptome in der Diagnosengruppe Alkoholismus ist so zu erklären, daß bei einigen Patienten mit einem Alkoholentzugsdelir der chronische Alkoholismus als erste ICD-Diagnose angegeben wurde.
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind bei den Patienten beider Diagnosengruppen annähernd gleich häufig vorhanden, wobei die Konzentrationsstörungen am häufigsten vorkommen.
Beim Vergleich der formalen Denkstörungen, die insgesamt selten zu finden sind, stellen wir bei 30% der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus verlangsamtes Denken in meist leichter Ausprägung fest, die Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit zeigen dieses Symptom in 11% der Fälle.
Patienten beider Diagnosengruppen dieser Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit neigen zu Affektstörungen. Patienten mit Alkoholismus sind affektiv inadäquat (12% der Patienten) und affektiv inkontinent (8% der Patienten), Patienten mit Medikamentenabhängigkeit zeigen diese Symptome überhaupt nicht. Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit sind häufiger antriebsgesteigert (21% der Patienten), während die Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus zu einem größeren Teil antriebsarm (23% der Patienten) sind.
Vegetative Symptome beobachten wir insgesamt bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit häufiger als bei Patienten mit Alkoholismus.

Hauptdiagnosengruppe 4: Oligophrenien

Von den 17 in diese Gruppe gehörenden Patienten sind 47.1% Männer und 52.9% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 28.0 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 39.2 Tage.
Im Vordergrund der Symptomatik der Patienten mit Oligophrenien stehen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Bei 53% der Patienten finden wir Auffassungsstörungen, bei 35% der Patienten Konzentrationsstörungen, bei 24% Merkfähigkeitsstörungen und bei 18% Gedächtnisstörungen.
Bei je 29% der Patienten beobachten wir Denkstörungen in Form von eingeengtem und umständlichem Denken.
Patienten mit Oligophrenien zeigen Verstimmungen und Gefühlsstörungen. Sie sind ängstlich (47% der Patienten), deprimiert/traurig (35% der Patienten), ratlos (24% der Patienten) und gefühlsverarmt/affektarm (24% der Patienten).
Wir stellen fest, daß bei 35% der Patienten der Kontakt vermindert ist und 41% der Patienten antriebsarm sind.
Diese Symptomatologie der Patienten mit Oligophrenien zeigt große Übereinstimmung mit den Angaben der Symptomatik dieser Patienten im Lehrbuch von Schulte/Tölle (10).
Die bei Degkwitz u.a. (3) beschriebenen Aggressionstendenzen und Sexualitätsstörungen treten bei unseren Patienten selten auf.

4.2. Vergleich unserer Ergebnisse mit den Daten des Jahresberichtes der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität München aus den Jahren 1924/25

In den Jahren von 1904 bis 1922 wurde die Psychiatrische und Neurologische Klinik der Universität München von E.Kraepelin geleitet. Aus diesem Zeitraum liegen Berichte aus den Jahren 1904/05 (5), 1906/07 (6) und 1908/09 (7) vor. In den Jahren von 1924 bis 1945 wurde die Münchner Klinik von O.Bumke geleitet. Aus der Amtszeit von O.Bumke liegt ein ausführlicher Bericht über die behandelten Patienten für die Jahre 1924/25 (2) vor. Dieser Bericht wurde im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten im Jahre 1927 veröffentlicht.
Wir finden darin kaum vergleichbare Daten über die Symptomatologie, aber eine sorgfältige Diagnosestatistik und sehr wertvolle Kasuistiken. Wir versuchen, unsere Ergebnisse mit den Daten dieses Jahresberichtes, soweit es möglich ist, zu vergleichen.
In Bezug auf die Häufigkeit der vergleichbaren Diagnosen für das in dieser Arbeit betrachtete Patientengut stellen wir fest, daß im Untersuchungszeitraum 1924/25 wie auch im Untersuchungszeitraum 1978 Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen am häufigsten behandelt werden. Der Anteil dieser Diagnosen am gesamten Patientengut ist von ungefähr 22% in den Jahren 1924/25 auf 29% im Jahre 1978 gestiegen. Auffallend ist, daß der Anteil der Persönlichkeitsstörungen am gesamten Patientengut von ungefähr 18% in den Jahren 1924/25 auf 5% im Jahre 1978 gesunken ist, während der Anteil der Neurosen von ungefähr 4% auf 18% angestiegen ist. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beträgt in den Jahren 1924/25 32 Jahre, im Jahre 1978 26.5 Jahre.
Der Anteil der organischen Psychosen am gesamten Patientengut ist von ungefähr 15% im Untersuchungszeitraum 1924/25 auf 7% im Untersuchungszeitraum 1978 gefallen. Dabei ist der Anteil der akuten organi-

schen Psychosen deutlicher gesunken (von 10% auf 5%) als der Anteil der chronischen Form (von 5% auf 2%). Diese Abnahme der Häufigkeit der organischen Psychosen führen wir darauf zurück, daß an unserer Klinik kaum noch Fälle von progressiver Paralyse und Lues cerebrospinalis beobachtet werden, die in den Jahren 1924/25 noch einen Anteil von nahezu 60% an der Gruppe der organischen Psychosen hatten. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, zu erwähnen, daß im Untersuchungszeitraum 1924/25 die Neurologische und Psychiatrische Klinik der Universität München noch nicht getrennt war.
Die Häufigkeit der Patienten mit Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit hat sich mit ungefähr 7% in den Jahren 1924/25 und 6% im Jahre 1978 nicht wesentlich geändert. In beiden Untersuchungszeiträumen war der Anteil der Patienten mit Alkoholismus deutlich höher als der Anteil der medikamentenabhängigen Patienten. In den Jahren 1924/25 beträgt das Verhältnis der Patienten mit Alkoholismus zu den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf die gesamte Klinikpopulation 6% : 1%, im Jahre 1978 4.4% : 1.6%.
Der Anteil der Oligophrenien am gesamten Patientengut hat sich in den Jahren 1924/25 mit 2% der Patienten nicht wesentlich gegenüber dem Jahre 1978 mit 1% der Patienten geändert.
Abschließend läßt sich sagen, daß sich das Häufigkeitsverhältnis der Diagnosen Neurosen zu Persönlichkeitsstörungen in den beiden Untersuchungszeiträumen umgekehrt hat. In den Jahren 1924/25 wurden vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, im Jahre 1978 häufiger Patienten mit Neurosen behandelt. Die relative Häufigkeit der diagnostischen Großgruppe Neurosen und Persönlichkeitsstörungen ist aber in den beiden so weit auseinanderliegenden Zeiträumen erstaunlich stabil geblieben. Außerdem stellen wir fest, daß sich der Anteil der organischen Psychosen am gesamten Patientengut im Jahre 1978 deutlich gegenüber den Jahren 1924/25 verringert hat.

4.3. Kritische Würdigung der Ergebnisse und Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen

Wie wir in der Einleitung ausgeführt haben, soll die vorliegende Arbeit Bausteine liefern für eine Beschreibung der Symptomatik der ICD-Diagnosen. Dieser Untersuchung liegt die achte Revision der ICD, Kapitel V, Psychiatrische Krankheiten, zugrunde. Unsere Ergebnisse können für Vergleiche mit der neunten Revision herangezogen werden, insbesondere im Hinblick auf Veränderungen, die die ICD-9 (13) mit sich gebracht hat.

Es war das Ziel dieser Arbeit, die Diagnosengruppen mit Hilfe der bei den Patienten beobachteten Symptome zu beschreiben und die Symptomenprofile der einzelnen Diagnosengruppen einander gegenüberzustellen. In dieser Betrachtung wurde nur die Symptomatik des Aufnahmebefundes verwendet. Dieser Ansatz reicht für eine ergiebige klinische Untersuchung psychischer Störungen nicht aus. Der Verlauf und die Vorgeschichte der psychischen Störungen sind in einem weit größeren Umfang zu berücksichtigen als dies in der vorliegenden Arbeit geschehen ist.

Zukünftige Untersuchungen der Diagnosengruppe akute organische Psychosen, chronische organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, die sich auf Daten aus der Klinikdokumentation stützen, werden mehr von einer feineren Diagnostik, d.h. vierstelligen ICD-Ziffer ausgehen müssen, und es wird darauf ankommen, die zugrundeliegenden somatischen Krankheiten genauer zu berücksichtigen. Außerdem ist es unbedingt notwendig, weitere Daten über die Anamnese und über den Verlauf, insbesondere unter der Therapie, heranzuziehen.

Bei der Darstellung der Suchterkrankungen ist es notwendig, die Anamnese genauer zu betrachten und näher auf die einzelnen Suchtmittel einzugehen.

Die psychischen Störungen, die unter die Kategorien depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit subsumiert werden, sind für eine differenzierte psychopathologische Betrachtung in zu große diagnostische Gruppen zusammengefaßt. Es besteht keine Aussicht, für diese breiten diagnostischen Kategorien, die viele klinisch heterogene Krankheitsbilder umfassen, ein typisches Profil von Symptomen oder eine Anzahl anderer charakteristischer Merkmale zu finden. Dieser Tatsache wurde in der ICD-9 Rechnung getragen und die Kategorien der Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehenden kurzfristigen psychischen Auffälligkeit wurden in eine größere Anzahl von Unterkategorien aufgegliedert.
Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich für Vergleiche mit zukünftigen Untersuchungen heranziehen, denen die ICD-9-Diagnosen zugrunde liegen. Dabei wird sich die Frage prüfen lassen, ob die von der ICD-9 eingeführten neuen diagnostischen Kategorien sich auch in der Praxis der Dokumentation psychischer Diagnosen bewährt haben.
Bei der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen wird auch eine feinere diagnostische Aufgliederung noch keine zufriedenstellende Differenzierung nach symptomatologischen Gesichtspunkten erlauben. Hier werden für die Klassifikation dieser Störungen noch weitere Merkmale benötigt, die nicht nur der auf dem AMDP-System fußenden Klinikdokumentation, sondern auch unmittelbar den Krankenakten zu entnehmen sind.
Weiterhin empfielt es sich, dem Bericht der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität München aus den Jahren 1924/25 (2) als Vorbild heranzuziehen und die wichtigsten ICD-Diagnosen anhand typischer Kasuistiken zu erläutern.
Insgesamt ist zu sagen, daß die symptomatologische Querschnittsbetrachtung der ICD-Diagnosen, wie wir sie in dieser Arbeit durchgeführt haben, erweitert werden sollte in dem Sinne, daß auch Verlaufsdaten und anamnestische Merkmale berücksichtigt werden müssen. Insbesondere empfielt es sich, die einzelnen ICD-Diagnosen nicht nur durch die Angabe einer Anzahl typischer Merkmale, sondern auch mit Hilfe typischer Kasuistiken zu beschreiben.

5. Zusammenfassung

In der Einleitung gehen wir nach einigen historischen Betrachtungen über die Problematik der Klassifikation von psychischen Störungen auf die allgemeinen Prinzipien der Klassifikation ein. Wir referieren die Darstellungen von Stengel (11) und Sartorius (9) über die Schwierigkeiten der Klassifikation von psychischen Störungen, insbesondere die Probleme der internationalen Anwendung einer einheitlichen Klassifikation. Wir beschreiben die Bemühungen der WHO um eine allgemein annehmbare internationale Klassifikation und stellen die Fortschritte, die die ICD (International Classification of Diseases), vor allem die achte Revision mit dem begleitenden Glossar (12), mit sich gebracht hat, ausführlich dar.

Im Jahre 1970 wurde die deutsche Fassung der achten Revision der ICD veröffentlicht. Diese Revision verwendete die Psychiatrische Klinik der Universität München in den Jahren 1971 bis 1979 für die Dokumentation der psychiatrischen Diagnosen. In der Psychiatrischen Klinik der Universität München wird in einer Reihe von Arbeiten der Zusammenhang zwischen den ICD-Diagnosen und der psychopathologischen Symptomatik und einiger weiterer demographischer und klinischer Merkmale untersucht.

Die vorliegende Arbeit ist in diesen Gesamtrahmen eingefügt und untersucht einen Teil der ICD-Diagnosen unter dem erwähnten Gesichtspunkt. Als Grundlage für diese Untersuchung verwenden wir die psychopathologischen Aufnahmebefunde, die mit Hilfe des AMDP-Systems (1) in der Psychiatrischen Klinik der Universität München routinemäßig bei jedem stationär aufgenommenen Patienten erfasst werden.

In der vorliegenden Arbeit werden die Diagnosen chronische organische Psychosen (ICD-Nr.: 290, 291.1, 293.0, 293.1, 293.4), akute organische Psychosen (ICD-Nr.: 291.0, 291.2, 291.3, 291.9, 292, 293.2, 293.3, 293.5, 293.9, 294), depressive Neurose (ICD-Nr.300.4), übrige Neurosen (ICD-Nr.: 300.0, 300.1, 300.2, 300.3, 300.5, 300.6, 300.7, 300.8, 300.9),

vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (ICD-Nr.: 307, E950-E959), Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr.301), Alkoholismus (ICD-Nr.: 303, 291.4), Medikamentenabhängigkeit (ICD-Nr. 304), nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (ICD-Nr.309) und Oligophrenien (ICD-Nr.: 310, 311, 312, 313, 314, 315) betrachtet und anhand der erwähnten Daten quantitativ beschrieben. Für unsere Untersuchung verwenden wir die Unterlagen von 830 Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München aus dem Jahre 1978 mit den oben erwähnten Krankheitsbildern. In die Untersuchung gehen die ICD-Diagnosen der achten Revision, der psychopathologische Aufnahmebefund und Daten über das Geschlecht und Alter der Patienten, sowie über die Dauer ihres Klinikaufenthalts ein. Ausgehend von den dreistelligen ICD-Ziffern teilen wir die Patienten in zehn Diagnosengruppen ein (s.o.). Wir beschreiben die Häufigkeitsverteilung der oben genannten Merkmale jeder einzelnen Diagnosengruppe und versuchen unter klinischen Gesichtspunkten zusammengehörige Diagnosengruppen bezüglich der sie charakterisierenden Merkmale zu vergleichen. Dabei ist es unsere Absicht, die Symptome einer Diagnosengruppe nicht isoliert zu betrachten, sondern sie im Vergleich zu den anderen neun Diagnosengruppen darzustellen und dabei die diskriminierenden bzw. kennzeichnenden Symptome herauszuarbeiten.

Zunächst betrachten wir die Diagnosen chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen.

Im Vordergrund der Symptomatik der 39 Patienten mit chronischen organischen Psychosen (2.2% aller Patienten im Jahre 1978) stehen Störungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie Orientierungsstörungen (bei bis zu 4/5 der Patienten). Diese Symptome kommen bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen seltener vor. Daneben finden wir häufig eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik mit formalen Denkstörungen, Wahnsymptomen und Sinnestäuschungen, sowie eine depressive Symptomatik. Bei einem Drittel der Patienten beobachten wir nächtliche Exazerbationen. Dieses Symptom zeigen nur maximal 6% der

Patienten der anderen neun Diagnosengruppen.
Ein ähnliches Symptomenprofil stellen wir bei den 85 Patienten mit akuten organischen Psychosen (4.9% aller Patienten im Jahre 1978) fest. Auch bei diesen Patienten finden wir vor allem Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Bis zu 28% der Patienten zeigen formale Denkstörungen, Wahnsymptome und Sinnestäuschungen.
Vergleichen wir beide Formen der organischen Psychosen mit den anderen acht Diagnosengruppen dieser Arbeit, stellen wir fest, daß Orientierungsstörungen (bis zu 56% der Patienten), Wahnsymptome (bis zu 27% der Patienten) und Sinnestäuschungen (bis zu 22% der Patienten) nur bei den Patienten mit organischen Psychosen häufig auftreten sind.
Bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen stellen wir Affektstörungen sowohl in Form von manischen als auch in Form von depressiven Verstimmungen fest.
Die 29 Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (1.7% aller Patienten im Jahre 1978) zeigen, wie die Patienten mit organischen Psychosen, vor allem Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sowie formale Denkstörungen. Depressive Verstimmungen mit Suizidtendenzen, Antriebsarmut, Schlafstörungen und eine Appetitverminderung beobachten wir bei bis zu 59% der Patienten. Diese Symptome finden wir auch bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen in ähnlicher Häufigkeit.
Beim Vergleich der Geschlechtsrelation dieser drei Diagnosengruppen fällt auf, daß die Diagnose nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen bei Männern drei mal häufiger gestellt wird als bei Frauen, während wir bei den organischen Psychosen keinen auffallenden Unterschied finden.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit chronischen organischen Psychosen liegt bei 62.3 Jahren, das der Patienten mit akuten organischen Psychosen bei 39.9 Jahren und das der Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen liegt bei 40.7 Jahren. Die Patienten dieser drei Diagnosengruppen haben somit im Vergleich zu den Patienten der anderen sieben Diagnosengruppen das höchste Durchschnittsalter.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt (in der Reihenfolge der Diagnosengruppen wie oben angeführt) bei 40 Tagen, 29 Tagen und 19 Tagen.
Beim Vergleich der Symptomatik der drei Diagnosengruppen stellen wir fest, daß Orientierungsstörungen, Wahnsymptome und Sinnestäuschungen bei den Patienten mit nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen wesentlich seltener auftreten als bei den Patienten mit organischen Psychosen. Orientierungsstörungen beobachten wir bei den Patienten mit chronischen organischen Psychosen in meist mittelschwerer bis schwerer Ausprägung bei bis zu 56% der Fälle, bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen bei bis zu 35% der Fälle. Bei den Patienten aller drei Diagnosengruppen finden wir vor allem Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sowie formale Denkstörungen. Diese Symptome kommen bei den Patienten der anderen sieben Diagnosengruppen seltener vor. Betrachten wir die formalen Denkstörungen, so stellen wir fest, daß die Patienten mit chronischen organischen Psychosen vor allem verlangsamtes (56%), eingeengtes (41%) und umständliches Denken (44%) zeigen, während wir bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen zusätzlich beschleunigtes/ideenflüchtiges Denken (17%), inkohärent/zerfahrenes Denken (26%) und Vorbeireden (22%) beobachten. Häufiger als bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen finden wir bei den Patienten mit akuten organischen Psychosen einen euphorischen Affekt (18% der Patienten), gesteigertes Selbstwertgefühl (11% der Patienten) und Antriebssteigerung (21% der Patienten). Die bei 15% der Patienten mit akuten organischen Psychosen auftretende Ambivalenz stellen wir bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen überhaupt nicht fest. Bei den organischen Psychosen und den nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen beobachten wir bei einem Drittel der Patienten eine Antriebsarmut und motorische Unruhe. Die bei einem Drittel der Patienten mit chronischen organischen Psychosen auftretenden nächtlichen Exazerbationen, kommen bei den Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen äußerst selten vor.

Wir betrachten die Diagnosen depressive und übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit und vergleichen die Diagnosengruppen untereinander.
Im Vordergrund der Symptomatik der 193 Patienten mit depressiver Neurose (11.0% aller Patienten im Jahre 1978) stehen Affektstörungen. 82% der Patienten sind deprimiert/traurig, je 40% der Patienten zeigen Suizidtendenzen und Insuffizienzgefühle und 31% der Patienten haben eine Störung der Vitalgefühle. Diese Symptome beobachten wir bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit beschrieben werden, seltener.Wie bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen treten bei den Patienten mit depressiver Neurose zu einem großen Teil ängstliches Verhalten (51%), innere Unruhe (53%), Antriebsarmut (40%), Schlafstörungen (bis zu 62%) und eine Appetitverminderung (41%) auf.
Das klinische Bild der 123 Patienten mit übrigen Neurosen (7.0% aller Patienten im Jahre 1978) ist gekennzeichnet von Symptomen aus der Symptomengruppe der überwertigen Ideen, Zwänge, Phobien. Häufiger als bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen stellen wir eine Hypochondrie (nicht wahnhaft) (35% der Patienten), Zwangssymptome (bis zu 15% der Patienten) und Phobien (10% der Patienten) fest. Die Symptome ängstlich und Sexualität vermindert kommen bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen seltener vor.
Die 90 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (5.1% aller Patienten im Jahre 1978) zeigen kein deutlich verschiedenes Symptomenprofil im Vergleich zu den Neurosen und Suchtkrankheiten. Wie bei den Patienten aller zehn Diagnosengruppen beobachten wir eine deprimiert/traurige Verstimmung (50% der Patienten) mit Suizidtendenzen (33% der Patienten). Insgesamt seltener als bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen stellen wir eine Antriebsarmut, Schlafstörungen, Appetitverminderung und vegetative Symptome fest.
Bei den 99 Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit (5.7% aller Patienten im Jahre 1978) treten häufiger als bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen Suizidhandlungen (21% der Patienten) auf. Fast jeder zweite Patient zeigt Affekt-

störungen in Form einer deprimiert/traurigen Verstimmung, Ängstlichkeit und innere Unruhe.
Beim Vergleich der Geschlechtsrelation der vier Diagnosengruppen fällt auf, daß die Diagnose Persönlichkeitsstörungen bei Männern 2.6 mal häufiger gestellt wird als bei Frauen. Bei den drei anderen Diagnosen besteht kein auffälliger Unterschied in der Geschlechtsverteilung.
Das Durchschnittsalter der Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit beträgt 26.3 Jahre, das der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 26.5 Jahre, das der Patienten mit depressiver Neurose 33.5 Jahre und das der Patienten mit übrigen Neurosen 36.1 Jahre. Die Patienten der beiden Diagnosengruppen vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit und Persönlichkeitsstörungen haben das geringste Durchschnittsalter innerhalb der in dieser Arbeit untersuchten zehn Diagnosengruppen.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt (in der Reihenfolge der Diagnosengruppen wie oben angeführt) bei 16 Tagen, 25 Tagen, 31 Tagen und 35 Tagen. Die Patienten mit vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit haben die geringste durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb der in dieser Arbeit beschriebenen zehn Diagnosengruppen.
Beim Vergleich der Symptomatologie der vier Diagnosengruppen stellen wir fest, daß Symptome aus der Symptomengruppe der überwertigen Ideen, Zwänge, Phobien bei den Patienten mit übrigen Neurosen am häufigsten auftreten. Bei den Patienten mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehender kurzfristiger psychischer Auffälligkeit beobachten wir seltener als bei den Patienten der anderen sechs Diagnosengruppen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Die bei den organischen Psychosen häufig festzustellenden Symptome wie Orientierungsstörungen, formale Denkstörungen,wie perseverierendes und umständliches Denken, Wahn und Sinnestäuschungen kommen nur bei maximal 10% der Patienten vor. Die Patienten mit Neurosen zeigen häufiger als die Patienten der beiden anderen Diagnosengruppen Störungen der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle und eine Antriebsarmut. Im Vordergrund der Symptomatik aller vier Diagnosengruppen stehen Affektstörungen wie deprimiert/traurig und Suizidtendenzen.

Wir betrachten die Diagnosen Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit und vergleichen sie untereinander.
Die 77 Patienten mit Alkoholismus (4.4% aller Patienten im Jahre 1978) zeigen bis zu 45% der Fälle Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Bei einem Drittel der Patienten stellen wir verlangsamtes Denken fest. Dieses Symptom tritt bei den Patienten mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Medikamentenabhängigkeit bei nur maximal 13% der Fälle auf. Die Häufigkeitsverteilung und der Ausprägungsgrad aller anderen Symptome läßt keine auffälligen Unterschiede gegenüber den Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen erkennen. Wir beobachten bei einem großen Teil der Patienten Affektstörungen wie deprimiert/traurig (43%), innere Unruhe (45%), Schlafstörungen (bis zu 44%) und eine Appetitverminderung (44%). Die Symptome Schwitzen (47% der Patienten) und feinschlägiger Tremor (29% der Patienten) treten bei den Patienten mit Alkoholismus häufiger auf als bei den Patienten der anderen neun in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosengruppen.
Bei den 28 Patienten mit Medikamentenabhängigkeit (1.6% aller Patienten im Jahre 1978) stellen wir bei 54% Konzentrationsstörungen fest. Orientierungsstörungen, Wahnsymptome, Sinnestäuschungen, sowie Ich- und Persönlichkeitsstörungen kommen bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit nicht vor. Unter den Affektstörungen, die wir bei einem großen Teil der Patienten beobachten, werden die Symptome mürrisch gereizt/dysphorisch (39% der Patienten) und innere Unruhe (68% der Patienten) bei den medikamentenabhängigen Patienten häufiger gefunden als bei den Patienten der anderen neun untersuchten Diagnosengruppen. Auch die wohl im Rahmen einer Entzugsbehandlung auftretenden vegetativen Symptome wie Übelkeit (25% der Patienten), Erbrechen (21% der Patienten), Frösteln (29% der Patienten) und Schwindel (36% der Patienten) beobachten wir bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit zu einem größeren prozentualen Anteil als bei den Patienten der anderen neun Diagnosengruppen.
Beim Vergleich der Geschlechtsrelation der beiden Diagnosengruppen fällt auf, daß die Diagnose Alkoholismus bei Männern drei mal häufiger gestellt wird als bei Frauen. Bei den Patienten mit Medikamentenabhäng-

igkeit ist kein Unterschied in der Geschlechtsrelation festzustellen. Das Durchschnittsalter der Patienten beider Diagnosengruppen beträgt 34.4 Jahre.
Patienten mit Alkoholismus hielten sich durchschnittlich 18 Tage, Patienten mit Medikamentenabhängigkeit durchschnittlich 25 Tage in der Klinik auf.
Beim Vergleich der Symptomatik beider Diagnosengruppen stellen wir fest, daß Orientierungsstörungen, Wahnsymptome und Sinnestäuschungen bei den Patienten mit Medikamentenabhängigkeit nicht beobachtet werden, bei den Patienten mit Alkoholismus dagegen bei bis zu 12% der Fälle. Das Auftreten dieser unterschiedlichen Häufigkeit der Symptome ist wohl so zu erklären, daß bei einigen Patienten mit einem Alkoholentzugsdelir der chronische Alkoholismus als erste ICD-Diagnose angegeben wurde. Suizidtendenzen beobachten wir bei den Patienten mit Suchterkrankungen seltener als bei den Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Psychomotorische Störungen zeigen die Patienten mit Medikamentenabhängigkeit vorwiegend in Form einer Antriebssteigerung (21% der Patienten), die Patienten mit Alkoholismus vorwiegend in Form einer Antriebsarmut (23% der Patienten).
Wir betrachten die Diagnosengruppe Oligophrenien und vergleichen unsere Ergebnisse mit der Darstellung in den Lehrbüchern (3, 10).
Im Vordergrund der Symptomatik der 17 Patienten mit Oligophrenien (1.0% aller Patienten im Jahre 1978) stehen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, die bei bis zur Hälfte der Patienten zu beobachten sind. Denkstörungen treten vor allem in Form von eingeengtem und umständlichem Denken (je 29% der Patienten) auf. Patienten mit Oligophrenien zeigen daneben häufig Verstimmungen und eine Antriebsarmut. Vergleicht man dieses Symptomenprofil mit der Beschreibung der Symptomatologie von Oligophrenien im Lehrbuch von Degkwitz u.a. (3) und Schulte/Tölle (10) so stellen wir fest, daß unsere Ergebnisse mit der Lehrbuchdarstellung großteils übereinstimmen.

Im Jahre 1927 veröffentlichte O.Bumke, der damalige Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität München mit seinen Mitarbeitern einen statistischen Bericht über die Jahre 1924/25 (2). Dieser Bericht enthält eine sorgfältige Diagnosestatistik und wertvolle Kasuistiken. Wir vergleichen unsere Ergebnisse mit diesem Jahresbericht und finden erstaunliche Übereinstimmungen.
Es zeigt sich, daß sich die Häufigkeit der Persönlichkeitsstörungen in den Jahren 1924/25 im Vergleich zum Jahre 1978 in dem Maße verringert hat (von ca.18% auf 5%) wie die Häufigkeit der Neurosen angestiegen ist (von ca.4% auf 18%). Zusätzlich finden wir, daß der Anteil der organischen Psychosen am gesamten Patientengut der Jahre 1924/25 gegenüber dem Beobachtungszeitraum 1978 deutlich abgenommen hat.
Wir beobachten heute in der Psychiatrischen Klinik kaum noch Fälle von progressiver Paralyse und Lues cerebrospinalis, die in den Jahren 1924/25 noch einen Anteil von fast 60% an der Gruppe der organischen Psychosen hatten.
In Bezug auf die Häufigkeit der Diagnosen Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und Oligophrenien ergeben sich keine wesentlichen Änderungen in den beiden Beobachtungszeiträumen.
Mit der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten rein quantitativen Beschreibung der psychopathologischen Symptomatik und weiterer demographischer und klinischer Daten gelingt es uns nicht, alle oben erwähnten Diagnosengruppen zufriedenstellend voneinander abzugrenzen. Wir empfehlen, für zukünftige ähnliche Untersuchungen von einer feineren Diagnostik, d.h. vierstelligen ICD-Ziffern auszugehen und auch Verlaufsdaten und anamnestische Merkmale in einem größeren Umfang in die Untersuchung miteinzubeziehen als dies in der vorliegenden Arbeit geschehen ist.
Bei der Darstellung der Suchterkrankungen ist es notwendig, näher auf die einzelnen Suchtmittel einzugehen. Vermutlich wird dies noch immer keine unter klinischen Gesichtspunkten befriedigende Differenzierung der oben erwähnten Diagnosengruppen liefern. Zusätzlich erscheint es uns ratsam, auf das Vorbild des Jahresberichts 1924/25 (2)

zurückzugreifen und einzelne ICD-Diagnosen mit Hilfe typischer Kasuistiken zu erläutern.
Zusammenfassend stellen wir fest, daß man mit dem von uns durchgeführten Verfahren für einige Diagnosengruppen eine zufriedenstellende differenzierende Beschreibung erhält, daß aber bei anderen Diagnosengruppen eine befriedigende Abgrenzung und kennzeichnende Beschreibung nicht gelingt. Wir kommen zu der Überzeugung, daß neben der quantitativen Beschreibung der ICD-Diagnosen (Symptomenprofil und Häufigkeitsverteilung einiger demographischer und klinischer Merkmale) noch weitere klinisch relevante Merkmale berücksichtigt werden sollten, und die quantitative symptomatologische Beschreibung der Diagnosengruppen ergänzt werden sollte durch die Darstellung typischer Kasuistiken, die einer anschaulichen Erläuterung der betrachteten Diagnosengruppen dienen soll.

6. Anhang

6.1. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen

1 Häufigkeit der Diagnosengruppen und ihre Einteilung nach dem ICD-Schlüssel

2 Einteilung der Diagnosengruppen nach der Geschlechterrelation in abnehmendem Verhältnis Männer : Frauen

3 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmendem Durchschnittsalter der Patienten

4 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmender durchschnittlicher Aufenthaltsdauer der Patienten

5 Vergleich der Symptomatik der Diagnosengruppen

6 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen (3.1.2., S.17)

7 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen (3.1.5., S.19 ff.)

8 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen (3.2.2., S.24)

9 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen (3.2.5., S.26 ff.)

10 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose (3.3.2., S.30)

11 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose (3.3.5., S.32 ff.)

12 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen (3.4.2., S.35)

13 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen (3.4.5., S.36ff.)

14 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.5.2., S.40)

15 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.5.5., S.42 ff.)

16 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (3.6.2., S.45)

17 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (3.6.5., S.47 ff.)

18 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (3.7.2., S.50)

19 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (3.7.5., S.51 ff.)

20 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit (3.8.2., S.55)

21 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit (3.8.5., S.56 ff.)

22 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.9.2., S.60)

23 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.9.5., S.62 ff.)

24 Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien (3.10.2., S.65)

25 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien (3.10.5., S.66 ff.)

26 Zusammensetzung nach dem ICD-Schlüssel und Einteilung nach der Reihenfolge der abnehmenden Häufigkeit der Patienten mit übrigen Diagnosen (3.11.1., S.69)

27 Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit übrigen Diagnosen (3.11., S.69 ff.)

28 Einteilung und Häufigkeit der Hauptdiagnosengruppen (3.12., S. 72 ff.)

29 Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.13.2., S.74)

30 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (4.1., S.82 ff.)

31 Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.14.2., S.77)

32 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (4.1., S.82 ff.)

33 Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (3.15.2., S.79)

34 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (4.1., S.82 ff.)

Abbildungen

1 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen (3.1.3., S.18)

2 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen getrennt nach Geschlecht (3.1.3., S.18)

3 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen (3.1.4., S.18 f.)

4 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen (3.2.3., S.24 f.)

5 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen getrennt nach Geschlecht (3.2.3., S.24 f.)

6 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen (3.2.4., S.25 f.)

7 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose (3.3.3., S.30 f.)

8 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose getrennt nach Geschlecht (3.3.3., S.30 f.)

9 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose (3.3.4., S.31)

10 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen (3.4.3., S.35 f.)

11 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen getrennt nach Geschlecht (3.4.3., S.35 f.)

12 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen (3.4.4., S.36)

13 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.5.3., S.40 f.)

14 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit getrennt nach Geschlecht (3.5.3., S.40 f.)

15 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.5.4., S.41)

16 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (3.6.3., S.45 f.)

17 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen getrennt nach Geschlecht (3.6.3., S.45 f.)

18 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (3.6.4., S.46)

19 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (3.7.3., S.50 f.)

20 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus getrennt nach Geschlecht (3.7.3., S.50 f.)

21 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (3.7.4., S.51)

22 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit (3.8.3., S.55 f.)

23 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit getrennt nach Geschlecht (3.8.3., S.55 f .)

24 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit (3.8.4., S.56)

25 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.9.3., S.61)

26 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen getrennt nach Geschlecht (3.9.3., S.61)

27 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.9.4., S.61 f.)

28 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien (3.10.3., S.65)

29 Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien getrennt nach Geschlecht (3.10.3., S.65)

30 Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien (3.10.4., S.66)

31 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.13.3., S.74 f.)

32 Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen getrennt nach Geschlecht (3.13.3., S.74 f.)

33 Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (3.13.4., S.75)

34 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.14.3., S.77 f.)

35 Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit getrennt nach Geschlecht (3.14.3., S.77 f.)

36 Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit (3.14.4., S.78)

37 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (3.15.3., S.79 f.)

38 Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit getrennt nach Geschlecht (3.15.3., S.79 f.)

39 Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit (3.15.4., S.80)

6.2. Tabellarischer Anhang

Die Reihenfolge der Tabellen und Abbildungen entspricht der Reihenfolge der dazugehörigen Paragraphen des Ergebnisteils.
Hinter jeder Tabelle und Abbildung wird in Klammer die Dezimalnummer des dazugehörigen Paragraphen des Ergebnisteils angegeben.

Übersicht über die Diagnosengruppen

Häufigkeit und Einteilung nach dem ICD-Schlüssel

Tab.1: Häufigkeit der Diagnosengruppen und ihre Einteilung nach dem ICD-Schlüssel

Gruppennr.	ICD-Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	% [1]	% [2]
1		Chronische organische Psychosen	39	4.7	2.2
	290	Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten			
	291.1	Alkoholisches Korsakow-Syndrom			
	293.0	Psychose bei Hirnarteriosklerose			
	293.1	Psychosen bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen			
	293.4	Psychosen bei degenerativen Erkrankungen des ZNS			
2		Akute organische Psychosen	85	10.2	4.9
	291.0	Delirium tremens			
	291.2	Alkohol-Halluzinose			
	291.3	Alkoholischer Eifersuchtswahn			
	291.9	Andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen			
	292	Psychosen bei intrakraniellen Infektionen			
	293.2	Psychose bei Epilepsie			
	293.3	Psychosen bei intrakraniellen Tumoren			
	293.5	Psychosen bei Hirntraumen			
	293.9	Psychosen bei anderen nicht näher bezeichneten cerebr.Stör.			
	294	Psychosen bei anderen körperlichen Störungen			

Gruppennr.	ICD-Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	Fallzahl %[1]	Fallzahl %[2]
3	300.4	Depressive Neurose	193	23.3	11.0
4		Übrige Neurosen	123	14.8	7.0
	300.0	Angstneurose			
	300.1	Hysterische Neurose			
	300.2	Phobie			
	300.3	Zwangsneurose			
	300.5	Neurasthenie			
	300.6	Neurotisches Depersonalisationssyndrom			
	300.7	Hypochondrische Neurose			
	300.8	Andere Neurosen			
	300.9	Nicht näher bezeichnete Neurosen			
5		Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit	99	11.9	5.7
	307	Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen			
	E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung			
6	301	Persönlichkeitsstörungen	90	10.8	5.1
7		Alkoholismus	77	9.3	4.4
	303	Alkoholismus			
	291.4	Alkoholrausch			
8	304	Medikamentenabhängigkeit	28	3.4	1.6
9	309	Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	29	3.5	1.7

Gruppennr.	ICD-Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	% [1]	% [2]
10		Oligophrenien	17	2.0	1.0
	310	Minderbegabung			
	311	Leichter Schwachsinn			
	312	Deutlicher Schwachsinn			
	313	Schwerer Schwachsinn			
	314	Hochgradiger Schwachsinn			
	315	Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad			
		Übrige Diagnosen	50	6.0	2.9
	302	Sexuelle Verhaltensabweichungen			
	305	Psychosomatische Störungen			
	306	Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können			
	316.1	Neurologische Krankheiten			
	316.2	Weder neurologisch noch psychisch krank			
	345	Epilepsie			
		Summe	830	100.0	47.5

[1] Prozentualer Anteil an den 830 Patienten, die in dieser Arbeit beschrieben werden

[2] Prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978

Vergleich der Geschlechterrelation

Tab.2: Einteilung der Diagnosengruppen nach der Geschlechterrelation in abnehmendem Verhältnis Männer:Frauen

Diagnosengruppe	Relation m : f	Fallzahl m	Fallzahl f
1. Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	3.1 : 1	22	7
2. Alkoholismus	3.0 : 1	58	19
3. Persönlichkeitsstörungen	2.6 : 1	65	25
4. Akute organische Psychosen	1.4 : 1	49	36
5. Depressive Neurose	1.4 : 1	111	82
6. Medikamentenabhängigkeit	1.0 : 1	14	14
7. Übrige Neurosen	1 : 1.1	59	64
8. Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit	1 : 1.1	48	51
9. Oligophrenien	1 : 1.1	8	9
10. Chronische organische Psychosen	1 : 1.4	16	23

Vergleich des Durchschnittsalters

Tab.3: Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmendem Durchschnittsalter der Patienten

Diagnosengruppe	Durchschnittsalter (in Jahren)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit	26.3	21.5	30.8
2. Persönlichkeitsstörungen	26.5	25.8	29.4
3. Oligophrenien	28.0	26.6	29.3
4. Depressive Neurose	33.5	31.2	36.7
5. Alkoholismus	34.4	33.2	37.8
6. Medikamentenabhängigkeit	34.4	30.1	38.7
7. Übrige Neurosen	36.1	35.4	37.2
8. Akute organische Psychosen	39.9	39.3	40.9
9. Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	40.7	35.2	57.8
10. Chronische organische Psychosen	62.3	58.1	65.2

Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik

Tab.4: Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmender durchschnittlicher Aufenthaltsdauer der Patienten

Diagnosengruppe	Aufenthaltsdauer (in Tagen)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit	16	14	18
2. Alkoholismus	18	19	16
3. Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	19	19	19
4. Medikamentenabhängigkeit	25	23	27
5. Persönlichkeitsstörungen	25	28	19
6. Akute organische Psychosen	29	31	27
7. Depressive Neurose	31	31	31
8. Übrige Neurosen	35	34	38
9. Oligophrenien	39	36	42
10. Chronische organische Psychosen	40	39	40

Tab.5: Vergleich der Symptomatik der Diagnosengruppen

Angaben in % der Diagnosengruppe

1. Psychische Symptome	Diagnosengruppe 1: Chronische org.Psych.	2: Akute org. Psychosen	3: Depressive Neurose	4: Übrige Neurosen	5: Vorüb.kurzf. psych.Auff.	6: Persönlich-keitsstör.	7: Alkoholis-mus	8: Medikamen-tenabhäng.	9: Nichtpsy-cho.psych. Störungen	10: Oligophre-nien
Bewußtseinsstörungen										
Bewußtseinstrübung	13	8	0	2	7	4	8	7	7	0
delirant	18	17	0	1	0	0	12	7	3	0
umdämmert	0	11	1	2	2	0	4	7	0	0
andere	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Orientierungsstörungen										
zeitlich	56	35	1	2	5	1	12	0	14	18
örtlich	41	28	1	2	3	0	10	0	10	6
situativ	38	26	0	2	2	0	7	0	10	6
über die eigene Person	15	6	0	1	0	0	3	0	7	0
andere	3	4	0	0	0	0	4	0	0	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org. Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb. kurzf. psych. Auff.	Persönlichkeitsstör.	Alkoholismus	Medikamentenabhäng.	Nichtpsycho. psy. Stör.	Oligophrenien
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Auffassungsstörungen	56	53	4	10	8	8	23	21	28	53
Konzentrationsstörungen	82	68	26	24	17	24	45	54	66	35
Merkfähigkeitsstörungen	74	52	12	12	6	10	26	14	48	24
Gedächtnisstörungen	67	42	7	8	5	3	19	14	34	18
Konfabulationen	18	9	0	2	2	0	4	0	21	6
andere	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Formale Denkstörungen										
gehemmt	10	14	6	6	3	6	5	7	3	6
gesperrt	3	8	1	2	1	2	1	0	0	6
verlangsamt	56	28	13	11	4	11	30	11	24	18
eingeengt	41	19	13	16	14	8	8	4	3	29

Angaben in % der Diagnosengruppen

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho, psychische Störungen	Oligophre-nien
umständlich	44	20	8	9	6	10	13	18	31	29
perseverierend	28	22	2	5	4	6	8	14	21	6
beschleunigt/ideenflüchtig	5	17	2	1	9	9	4	7	3	0
Vorbeireden	13	22	3	2	4	3	10	7	7	6
inkohärent/zerfahren	10	26	1	2	6	1	1	0	0	0
Gedankenabreißen	5	11	0	3	0	3	4	4	7	0
andere	5	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien										
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	21	5	12	35	4	1	3	4	14	6
überwertige Ideen	8	11	4	10	4	6	5	4	7	18
Zwangsdenken	3	4	4	15	1	3	0	0	3	0
Zwangsimpulse	3	1	1	7	2	1	1	0	0	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho, psychische Störungen	Oligophre-nien
Zwangshandlungen	3	1	0	11	0	2	0	0	3	6
Phobien	3	2	3	10	1	1	1	0	3	6
andere Störungen	0	0	0	3	0	0	0	0	3	6
Wahn										
Wahnstimmung	23	21	3	3	1	2	3	0	3	0
Wahnwahrnehmung	18	16	1	1	2	1	3	0	0	0
Wahneinfall/Wahngedanken	18	22	1	5	5	2	1	0	3	12
Wahndynamik	3	16	2	1	3	2	1	0	3	12
systematisierter Wahn	15	5	0	0	1	0	1	0	0	0
Schuldwahn	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0
hypochondrischer Wahn	0	1	2	3	0	0	1	0	0	0
Verarmungswahn	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Größenwahn	0	4	0	0	4	1	0	0	0	12

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho. psychische Störungen	Oligophre-nien
Beziehungswahn	13	13	2	1	3	3	6	0	3	0
Beeinträchtigungs-/Verfol-gungswahn	10	27	2	2	2	1	6	0	0	0
Eifersuchtswahn	0	6	0	1	0	0	1	0	3	0
anderer Wahn	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Sinnestäuschungen										
Illusionen	5	5	1	1	3	0	0	0	0	0
Stimmenhören	15	20	1	2	0	3	3	0	3	0
andere akustische Halluzinat.	5	7	1	0	1	0	3	0	3	0
optische Halluzinationen	13	22	1	2	0	0	8	0	0	0
Körperhalluzinationen	8	5	2	1	0	1	1	0	3	0
Geruchs- u. Geschmackshall.	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Störungen	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlichkeitsstör.	Alkoholismus	Medikamentenabhäng.	Nichtpsychopsychische Störungen	Oligophrenien
Ich- und Persönlichkeitsstörungen										
Störungen der Ichidentität	0	6	2	2	4	6	1	0	0	12
andere Entfremdungserlebnisse	3	6	4	6	1	0	1	0	0	0
Autismus	5	2	2	2	1	2	1	0	0	12
Gedankenausbreitung	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Gedankenentzug	3	2	0	0	0	1	1	0	0	0
Gedankeneingebung	3	6	1	0	0	0	1	0	0	0
sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse	3	7	1	1	0	0	0	0	0	0
andere	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho. psychische Störungen	Oligophre-nien
Verstimmungen,Gefühlsstörungen										
ratlos	23	38	31	20	31	18	17	18	31	24
gefühlsverarmt/affektarm	10	8	7	10	3	7	6	14	10	24
Gefühl der Gefühllosigkeit	0	2	6	6	1	2	3	4	0	0
Störung der Vitalgefühle	15	15	31	27	7	7	13	21	7	6
deprimiert/traurig	41	34	82	63	56	50	43	54	48	35
hoffnungslos/verzweifelt	23	18	53	20	34	23	17	21	17	6
ängstlich	44	51	51	60	44	33	29	32	34	47
gehoben/euphorisch	5	18	1	5	5	9	9	4	3	12
mürrisch gereizt/dysphorisch	13	21	18	12	10	34	26	39	17	6
mißtrauisch/feindselig	18	31	17	14	24	29	21	14	10	6
gespannt	23	31	25	21	20	20	29	29	31	18
innerlich unruhig	38	48	53	50	44	32	45	68	45	12
klagsam/jammerig	26	14	19	29	13	13	9	7	10	12

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho psychische Störungen	Oligophre-nien
läppisch	3	5	1	0	4	1	3	0	3	0
ekstatisch-verzückt	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0
Insuffizienzgefühl	15	11	40	32	22	18	27	18	17	12
gesteigertes Selbstwertgefühl	0	11	2	0	3	8	1	0	0	12
Schuldgefühl	5	7	18	11	8	7	13	7	10	0
Verarmungsgefühl	8	2	3	2	2	0	0	0	0	0
ambivalent	0	15	9	9	6	6	6	7	0	0
affektiv inadäquat	8	19	5	7	13	9	12	0	7	6
affektlabil	21	7	12	18	11	14	14	18	10	12
affektinkontinent	13	11	5	6	4	3	8	0	0	0
affektstarr	18	14	9	7	8	7	4	7	14	0
andere Störungen	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho. psychische Störungen	Oligophre-nien
Psychomotorische Störungen										
antriebsarm	44	31	40	33	21	12	23	14	31	41
antriebsgehemmt	13	15	14	15	14	6	3	0	0	6
stuporös	0	4	1	1	1	1	1	0	0	0
mutistisch	3	8	2	1	2	1	1	4	0	0
antriebsgesteigert	18	21	7	10	10	14	8	21	7	12
motorisch unruhig	28	36	15	11	16	14	25	29	17	0
Parakinesen/Stereotypien	0	11	2	1	0	2	0	0	7	0
negativistisch	5	5	2	2	2	3	0	0	0	0
maniriert	0	11	1	1	2	0	3	0	0	0
Sprachzerfall/Neologismen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
logorrhoisch	10	11	8	7	6	11	5	7	3	0
andere Störungen	0	1	1	0	1	0	0	11	3	12

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho. psychische Störungen	Oligophre-nien
Verlaufsbesonderheiten										
abends besser	10	7	9	11	2	4	0	4	7	6
morgens besser	8	2	1	1	1	0	0	0	0	0
nächtliche Exazerbationen	33	6	2	2	4	0	1	0	3	0
andere Verlaufsbesonderheiten	3	2	0	1	2	0	1	0	0	0
Störungen des Trieb- und Sozial-verhaltens, Pflegebedürftigkeit										
Kontakt vermindert	56	36	41	44	27	26	22	18	38	35
Kontakt vermehrt	3	4	3	4	3	6	8	4	0	0
Krankheitsgefühl	49	38	49	54	21	21	39	46	41	6
Mangel an Krankheitsgefühl	18	27	9	8	16	21	12	7	17	12
Mangel an Krankheitseinsicht	31	42	12	18	20	23	30	29	28	24
Ablehnung der Behandlung	8	22	7	5	11	9	6	18	7	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho psychische Störungen	Oligophre-nien
Suizidtendenzen	10	11	40	15	37	33	9	11	21	6
Suizidhandlungen	3	4	14	3	21	8	8	4	0	6
Selbstbeschädigungstendenzen	0	0	3	0	4	1	1	4	0	6
Aggressionstendenzen	5	13	10	7	8	14	12	4	21	0
Aggressionshandlungen	3	5	2	2	2	2	4	0	3	0
Sexualität gesteigert	0	1	1	1	6	0	3	0	0	0
Sexualität vermindert	15	13	20	32	5	10	9	14	14	6
sexuelle Triebabweichungen	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0
Nahrungsablehnung	5	2	3	1	0	1	0	0	3	0
ißt nicht selbständig	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
unselbständig in Körperpflege	18	6	1	1	0	1	3	4	3	0
läßt unter sich	3	1	0	0	0	0	3	0	0	0
Beschäftigung erschwert	26	19	8	7	5	4	4	4	7	0
bettlägerig	5	8	0	0	1	1	1	0	3	0
andere Störungen	5	7	2	0	0	3	1	4	3	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

2. Somatische Symptome	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho-psychische Störungen	Oligophre-nien
Schlafstörungen										
Einschlafstörung	59	48	62	50	34	30	39	54	59	18
Durchschlafstörung	72	54	61	47	33	32	44	50	52	6
Verkürzung der Schlafdauer	23	24	32	20	17	10	21	14	38	0
Schlafneigung am Tage	13	11	8	8	3	1	4	4	17	0
Müdigkeit	13	19	23	24	6	9	16	21	28	0
verstärkte Traumtätigkeit	3	5	7	8	5	6	8	7	3	0
Appetenzstörungen										
Appetit vermindert	49	42	41	37	23	19	44	54	31	24
Appetit vermehrt	3	5	5	4	1	3	1	4	3	0
Durst vermehrt	13	9	3	2	4	1	12	14	3	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Chronische org.Psych.	Akute org. Psychosen	Depressive Neurose	Übrige Neurosen	Vorüb.kurzf. psych.Auff.	Persönlich-keitsstör.	Alkoholis-mus	Medikamen-tenabhäng.	Nichtpsycho. psychische Störungen	Oligophre-nien
Vegetative Symptome										
Mundtrockenheit	13	11	6	3	4	1	5	4	7	0
Übelkeit	5	11	12	11	5	3	17	25	14	0
Erbrechen	8	4	5	2	3	0	9	21	7	0
Obstipation	18	8	12	12	7	2	3	11	21	0
Diarrhoe	3	4	3	3	2	1	8	7	0	0
Hitzegefühl	5	6	6	11	3	0	6	18	17	0
Frösteln	5	7	4	6	1	1	8	29	7	0
Schwitzen	8	34	22	27	10	20	47	43	24	12
"Kopfdruck" o.ä.	23	16	23	29	10	10	10	29	24	6
Herzsensationen	18	6	12	15	7	7	10	18	7	12
Schwindel	28	18	12	21	10	6	18	36	17	0

Angaben in % der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe									
	1 Chronische org.Psych.	2 Akute org. Psychosen	3 Depressive Neurose	4 Übrige Neurosen	5 Vorüb.kurzf. psych.Auff.	6 Persönlich-keitsstör.	7 Alkoholis-mus	8 Medikamen-tenabhäng.	9 Nichtpsycho. psychische Störungen	10 Oligophre-nien
Weitere körperliche Symptome										
andere	15	19	7	6	7	2	5	18	17	0
Neurologische Symptome										
Muskeltonus erhöht	21	6	1	1	0	3	1	0	3	0
feinschlägiger Tremor	10	20	5	5	4	3	29	14	17	6
mittel- und grobschlägiger Tremor	8	11	1	0	2	1	16	25	7	6
Ataxie	10	13	3	2	2	0	14	11	14	0
andere neurologische Symptome	33	14	6	2	1	9	5	14	31	12

Diagnosengruppe 1: Chronische organische Psychosen

Fallzahl: 39 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.1.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	16	41.0	
weiblich	23	59.0	1 : 1.4
Summe	39	100.0	

Tab.6: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen

Altersverteilung (3.1.3.)

Altersverteilung aller Patienten

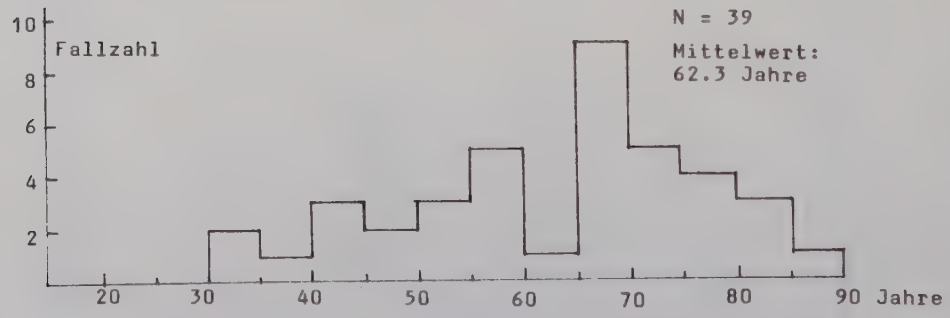

Abb.1: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen

Altersverteilung getrennt nach dem Geschlecht

Abb.2: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen getrennt nach dem Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.1.4.)

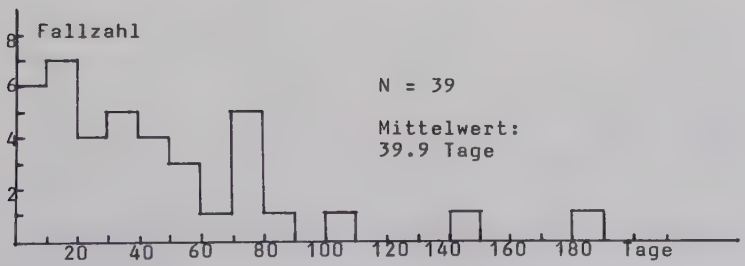

Abb.3: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen

Symptomatik (3.1.5.)

Tab.7: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe chronische organische Psychosen

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	5	13	2	2	1
delirant	7	18	2	2	3
Orientierungsstörungen					
zeitlich	22	56	4	9	9
örtlich	16	41	1	7	8
situativ	15	38	1	7	7
über die eigene Person	6	15	2	3	1
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	22	56	7	9	6
Konzentrationsstörungen	32	82	8	14	10
Merkfähigkeitsstörungen	29	74	7	10	12
Gedächtnisstörungen	26	67	8	10	8
Konfabulationen	7	18		5	2
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	22	56	8	12	2
eingeengt	16	41	3	10	3
umständlich	17	44	8	7	2
perseverierend	11	28	2	6	3
Vorbeireden	5	13	2	1	2
inkohärent/zerfahren	4	10		1	3

N=39

N=39

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (n.wahnh.)	8	21	4	3	1
Wahn					
Wahnstimmung	9	23	4	4	1
Wahnwahrnehmung	7	18		5	2
Wahneinfall	7	18	1	6	
systematisierter Wahn	6	15	3	2	1
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	4	10	1	1	2
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören	6	15	1	4	1
optische Halluzination	5	13	1	1	3
Körperhalluzinationen	3	8		1	2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	9	23	4	2	3
gefühlsverarmt	4	10	1	3	
Störung der Vitalgefühle	6	15	2	3	1
deprimiert/traurig	16	41	6	9	1
hoffnungslos/verzweifelt	9	23	4	4	1
ängstlich	17	44	8	8	1
mürrisch gereizt	5	13	2	3	
mißtrauisch/feindselig	7	18	5	2	
gespannt	9	23	5	3	1
innerlich unruhig	15	38	6	6	3
klagsam/jammerig	10	26	4	3	3
Insuffizienzgefühle	6	15	3	2	1
affektlabil	8	21	2	5	1
affektstarr	7	18		5	2

N=39

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	17	44	7	8	2
antriebsgehemmt	5	13	3	2	
antriebsgesteigert	7	18	5	2	
motorisch unruhig	11	28	3	7	1
Verlaufsbesonderheiten					
nächtliche Exazerbationen	13	33	1	6	6
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	22	56	6	13	3
Krankheitsgefühl	19	49	3	11	5
Mangel an Krankheitsgefühl	7	18	2	4	1
Mangel an Krankheitseinsicht	12	31		8	4
Sexualität vermindert	6	15	1	3	2
unselbständig in Körperpflege	7	18	3	2	2
Beschäftigung erschwert	10	26	1	4	5
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	23	59	7	14	2
Durchschlafstörung	28	72	5	18	5
Verkürzung der Schlafdauer	9	23	1	7	1
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	19	49	5	12	2
Vegetative Symptome					
Obstipation	7	18	3	4	
"Kopfdruck"o.ä.	9	23	4	2	3
Herzsensationen	7	18	3	3	1
Schwindel	11	28	5	4	2

N=39

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Weitere körperliche Symptome					
andere	6	15	1	2	3
Neurologische Symptome					
Muskeltonus erhöht	8	21	3	5	
andere neurologische Symptome	13	33	5	4	4

Diagnosengruppe 2: Akute organische Psychosen

Fallzahl: 85 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.2.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	49	57.5	
weiblich	36	42.3	1.4 : 1
Summe	85	100.0	

Tab.8: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen

Altersverteilung (3.2.3.)

Altersverteilung aller Patienten

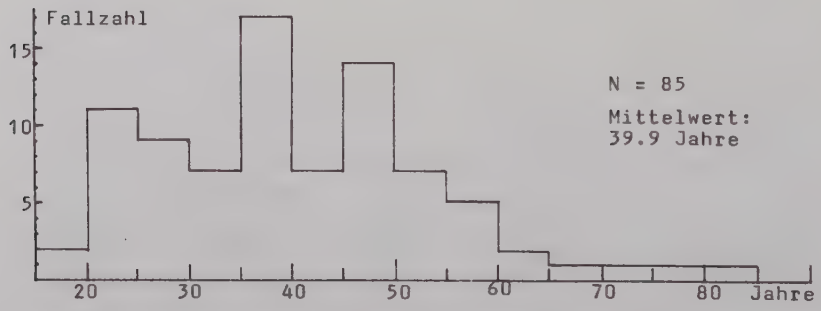

Abb.4: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

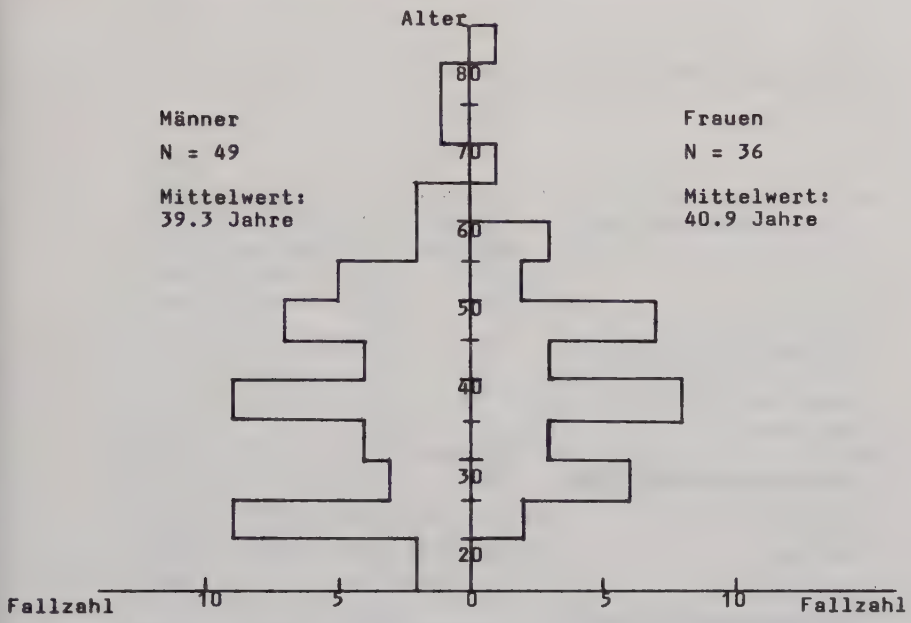

Abb.5: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.2.4.)

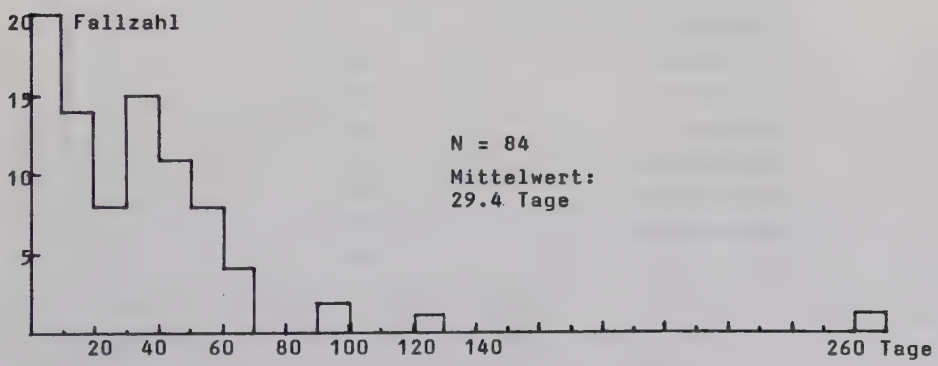

Abb.6: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen

Symptomatik (3.2.5.)

Tab.9: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe akute organische Psychosen

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	7	8	4	3	
delirant	14	17	6	3	5
Orientierungsstörungen					
zeitlich	30	35	14	11	5
örtlich	24	28	14	6	4
situativ	22	26	10	8	4
über die eigene Person	5	6	3	1	1
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	45	53	17	19	9
Konzentrationsstörung.	58	68	23	20	15
Merkfähigkeitsstörung.	44	52	20	19	5
Gedächtnisstörungen	36	42	20	13	3
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	24	28	13	8	3
eingeengt	16	19	6	7	3
umständlich	17	20	8	5	4
perseverierend	19	22	8	9	2
beschleunigt	14	17	4	8	2
Vorbeireden	19	22	12	6	1
inkohärent/zerfahren	22	26	8	10	4

N=85

N=85

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Wahn					
Wahnstimmung	18	21	5	10	3
Wahnwahrnehmung	14	16		12	2
Wahneinfall	19	22	6	12	1
Wahndynamik	14	16	4	9	1
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	23	27	3	16	4
Sinnestäuschungen					
Illusionen	4	5	3		1
Stimmenhören	17	20	3	8	6
andere akustische Halluzinationen	6	7		3	3
optische Halluzination.	19	22	3	11	5
Körperhalluzinationen	4	5	2	2	
Geruchs-/Geschmackshalluzinationen	4	5	2	1	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	32	38	12	13	7
Störung der Vitalgefühle	13	15	7	6	
deprimiert/traurig	29	34	14	9	6
hoffnungslos/verzweifelt	15	18	4	8	3
ängstlich	43	51	15	25	3
euphorisch/gehoben	15	18	6	7	2
mürrisch gereizt	18	21	8	6	4
mißtrauisch	26	31	7	15	4
gespannt	26	31	8	14	4
innerlich unruhig	41	48	11	23	7
ambivalent	13	15	5	6	2
affektiv inadäquat	16	19	5	9	2
affektlabil	6	7	2	4	

N=85

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	26	31	9	15	2
antriebsgehemmt	13	15	4	6	3
stuporös	3	4		1	2
antriebsgesteigert	18	21	7	8	3
motorisch unruhig	31	36	11	15	5
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	31	36	12	15	4
Krankheitsgefühl	32	38	9	18	5
Mangel an Krankheitsgefühl	23	27	5	8	10
Mangel an Krankheitseinsicht	36	42	2	12	22
Ablehnung der Behandlung	19	22	4	11	4
Beschäftigung erschwert	16	19	3	7	6
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	41	48	13	22	6
Durchschlafstörung	46	54	10	28	8
Verkürzung der Schlafdauer	20	24	5	12	3
Müdigkeit	16	19	2	12	2
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	36	42	12	14	10
Vegetative Symptome					
Schwitzen	29	34	8	16	5
"Kopfdruck"o.ä.	14	16	4	6	4
Schwindel	15	18	10	4	1

N=85

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Weitere körperliche Symptome					
andere	16	19	4	10	2
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	17	20	9	7	1
Ataxie	11	13	6	5	
andere	12	14	5	4	3

Diagnosengruppe 3: Depressive Neurose

Fallzahl: 193 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.3.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	111	57.5	
weiblich	82	42.5	1.4 : 1
Summe	193	100.0	

Tab.10: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose

Altersverteilung (3.3.3.)

Altersverteilung aller Patienten

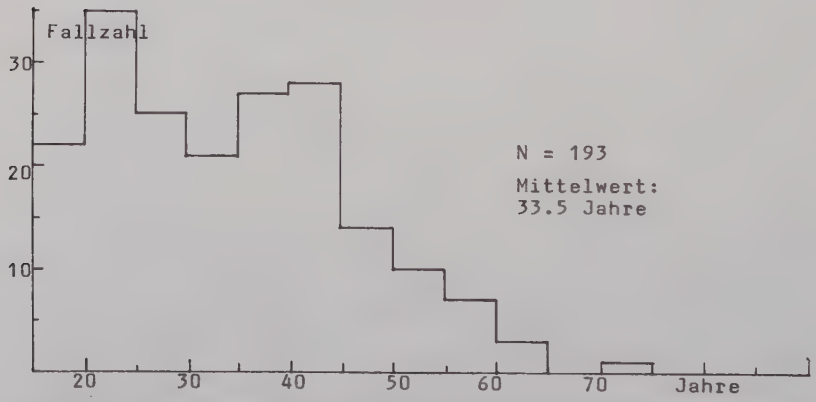

Abb.7: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

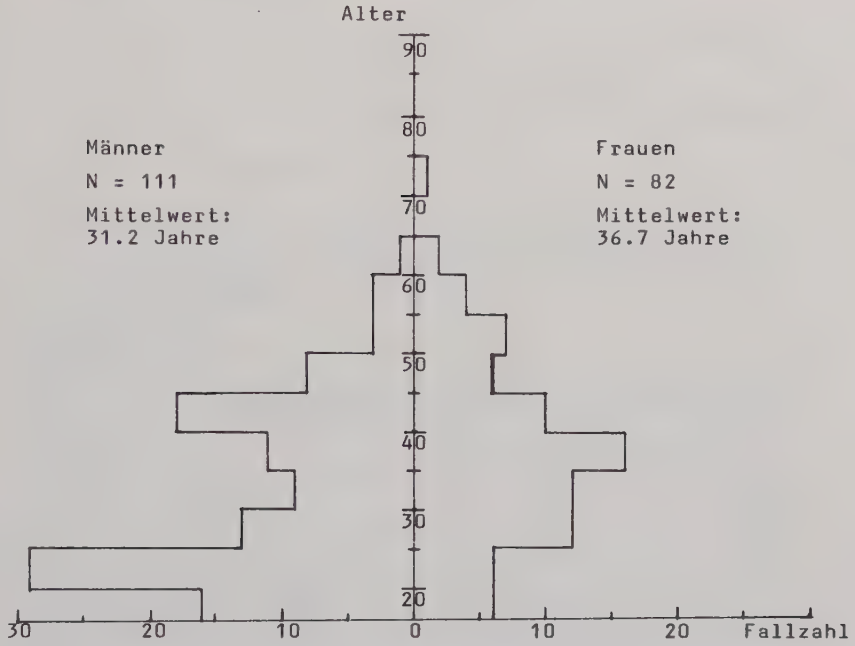

Abb.8: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.3.4.)

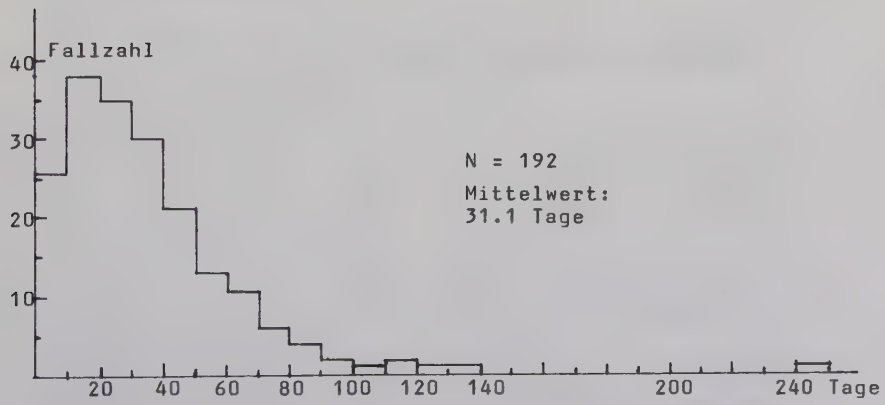

Abb.9: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose

Symptomatik (3.3.5.)

Tab.11: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe depressive Neurose

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	8	4	5	2	1
Konzentrationsstörungen	51	26	32	14	5
Merkfähigkeitsstörungen	23	12	15	6	2
Gedächtnisstörungen	13	7	9	2	2
Formale Denkstörungen					
gehemmt	11	6	9	2	
verlangsamt	25	13	17	7	1
eingeengt	25	13	12		
Wahn					
Schuldwahn	2	1	1	1	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	60	31	34	20	6
gefühls-/affektarm	13	7	9	4	
Gefühl der Gefühllosigkeit	12	6	3	5	4
Störung der Vitalgefühle	59	31	24	26	9
deprimiert/traurig	159	82	46	84	29
hoffnungslos/verzweifelt	102	53	39	51	12
ängstlich	99	51	50	39	10
mürrisch gereizt	35	18	16	16	3

N=193

N=193

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
mißtrauisch/feindselig	33	17	27	5	1
gespannt	48	25	22	20	6
innerlich unruhig	102	53	38	57	7
klagsam/jammerig	37	19	10	19	8
Insuffizienzgefühle	78	40	24	43	11
Schuldgefühle	34	18	17	13	4
affektstarr	18	9	12	5	1
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	78	40	44	28	6
antriebsgehemmt	27	14	15	12	
antriebsgesteigert	13	7	9	1	3
motorisch unruhig	28	15	17	8	5
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	18	9	6	10	2
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	79	41	38	31	10
Krankheitsgefühl	94	49	14	59	21
Suizidtendenzen	78	40	38	31	9
Suizidhandlungen	27	14	4	16	7
Sexualität vermindert	39	20	11	22	6
Beschäftigung erschwert	15	8	7	8	
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	119	62	38	68	13
Durchschlafstörung	117	61	29	74	14
Verkürzung der Schlafdauer	61	32	11	38	12
Müdigkeit	44	23	21	20	3
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	80	41	34	31	15

N=193

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Vegetative Symptome					
Mundtrockenheit	12	6	8	3	1
Obstipation	23	12	12	7	4

Diagnosengruppe 4: Übrige Neurosen

Fallzahl: 123 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.4.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	59	47.9	
weiblich	64	52.1	1 : 1.1
Summe	123	100.0	

Tab.12: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen

Altersverteilung (3.4.3.)

Altersverteilung aller Patienten

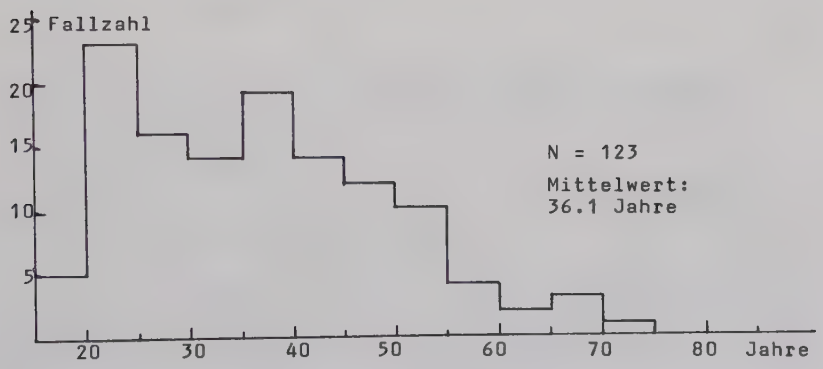

Abb.10: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

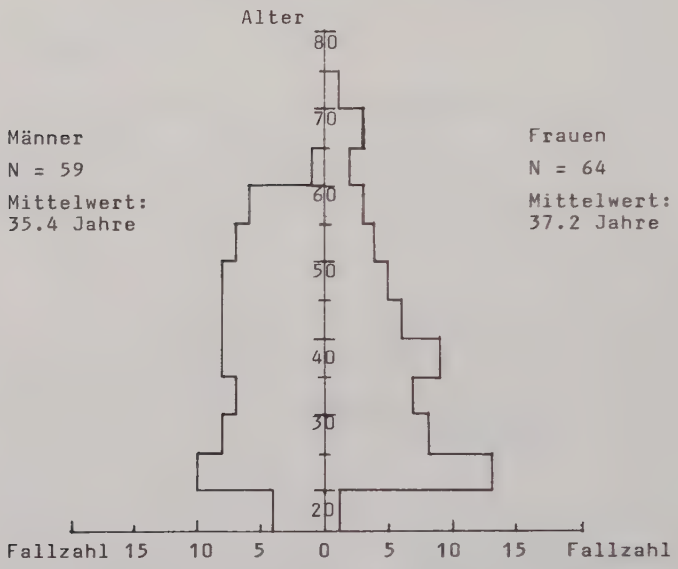

Abb.11: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.4.4.)

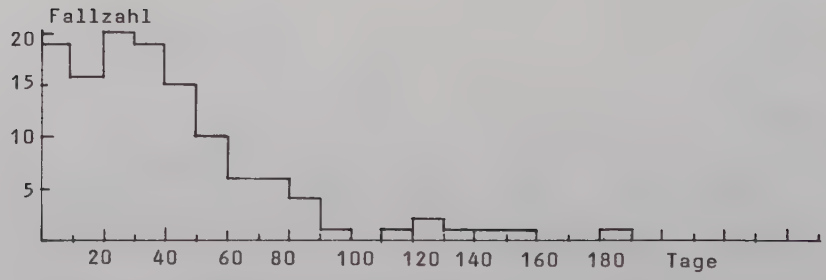

Abb.12: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen

Symptomatik (3.4.5.)

Tab.13: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Konzentrationsstörungen	30	24	22	8	
Formale Denkstörungen					
eingeengt	20	16	9	11	
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	43	35	9	16	18
überwertige Ideen	12	10	5	6	1
Zwangsdenken	18	15	1	6	11
Zwangshandlungen	13	11	2	2	9
Phobien	12	10	4	4	4
Wahn					
Wahneinfall	6	5	6		
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
andere Entfremdungserlebnisse	7	6	2	5	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	25	20	17	7	1
Störung der Vitalgefühle	33	27	10	11	12
deprimiert/traurig	77	63	37	31	9
hoffnungslos/verzweifelt	25	20	9	9	7

N=123

N=123

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
ängstlich	74	60	27	29	18
gespannt	26	21	11	10	5
innerlich unruhig	62	50	25	29	8
klagsam/jammerig	36	29	14	14	8
Insuffizienzgefühle	39	32	14	19	6
affektlabil	22	18	8	14	
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	40	33	20	15	5
antriebsgehemmt	18	15	9	9	
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	14	11	9	4	1
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	54	44	24	24	6
Krankheitsgefühl	66	54	6	32	28
Mangel an Krankheitseinsicht	22	18	5	13	4
Suizidtendenzen	18	15	9	7	2
Suizidhandlungen	4	3	1		3
Sexualität vermindert	39	32	14	18	7
Beschäftigung erschwert	8	7	3	3	2
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	61	50	26	28	7
Durchschlafstörung	58	47	19	31	8
Verkürzung der Schlafdauer	24	20	9	11	4
Müdigkeit	30	24	13	15	2

N=123

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	45	37	18	23	4
Vegetative Symptome					
Schwitzen	33	27	10	20	3
"Kopfdruck" o.ä.	36	29	15	17	4
Herzsensationen	19	15	7	9	3
Schwindel	26	21	12	13	1

Diagnosengruppe 5: Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Fallzahl: 99 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.5.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	48	48.5	
weiblich	51	51.5	1 : 1.1
Summe	99	100.0	

Tab.14: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Altersverteilung (3.5.3.)

Altersverteilung aller Patienten

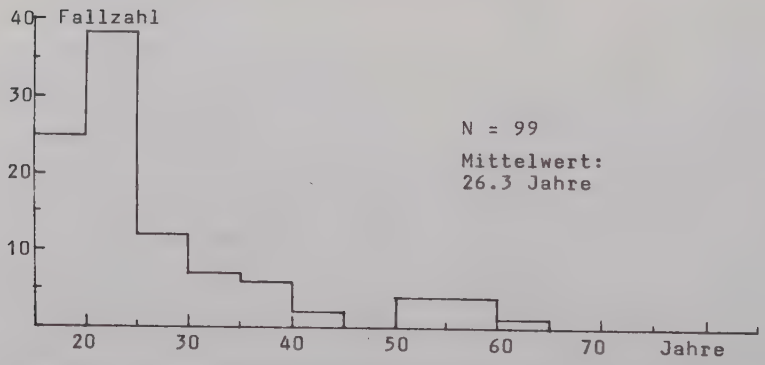

Abb.13: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

Abb.14: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.5.4.)

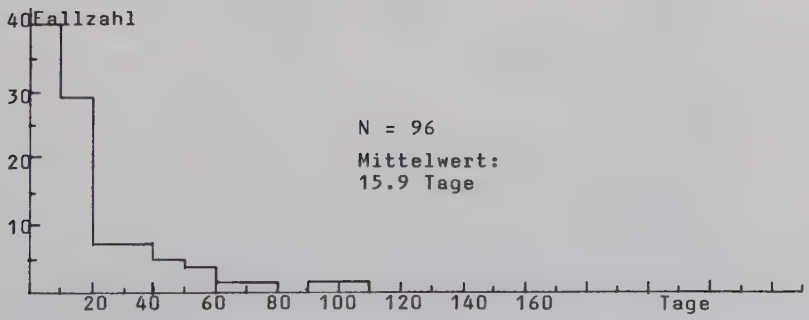

Abb.15: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Symptomatik (3.5.5.)

Tab.15: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	7	7	7		
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Konzentrationsstörungen	17	17	9	6	2
Formale Denkstörungen					
eingeengt	14	14	8	4	2
Wahn					
Wahneinfall/Wahngedanken	5	5	1	4	
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Störung der Ichidentität	4	4	1	3	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	31	31	18	10	3
deprimiert/traurig	55	56	25	24	6
hoffnungslos/verzweifelt	34	34	11	13	10
ängstlich	44	44	23	15	6
gehoben/euphorisch	5	5		5	
mißtrauisch/feindselig	24	24	13	11	
gespannt	20	20	7	11	2
innerlich unruhig	44	44	14	24	6
Insuffizienzgefühle	22	22	8	7	7

N=99

N=99

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	21	21	18	3	
antriebsgehemmt	14	14	8	6	
motorisch unruhig	16	16	6	8	2
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	27	27	13	13	1
Krankheitsgefühl	21	21	6	12	3
Mangel an Krankheitsgefühl	16	16	4	5	7
Mangel an Krankheitseinsicht	20	20	5	8	7
Suizidtendenzen	37	37	11	18	8
Suizidhandlungen	21	21	5	8	8
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	34	34	14	16	4
Durchschlafstörung	33	33	8	18	7
Verkürzung der Schlafdauer	17	17	3	11	3
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	23	23	14	6	3

Diagnosengruppe 6: Persönlichkeitsstörungen

Fallzahl: 90 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.6.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	65	72.2	2.6 : 1
weiblich	25	27.8	
Summe	90	100.0	

Tab.16: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen

Altersverteilung (3.6.3.)

Altersverteilung aller Patienten

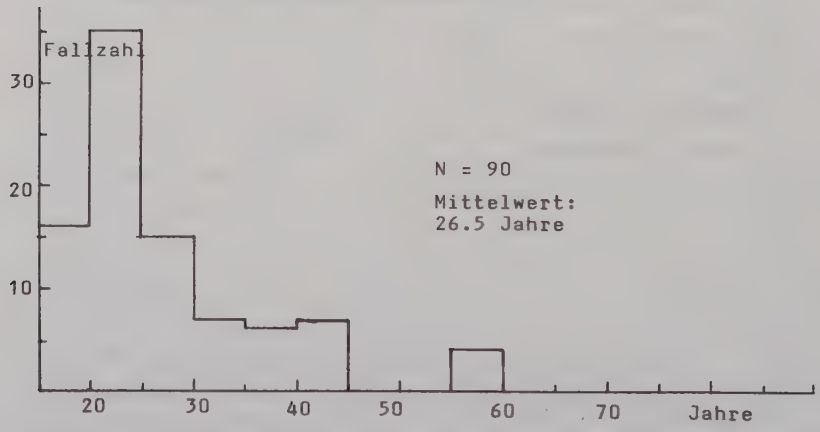

Abb.16: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

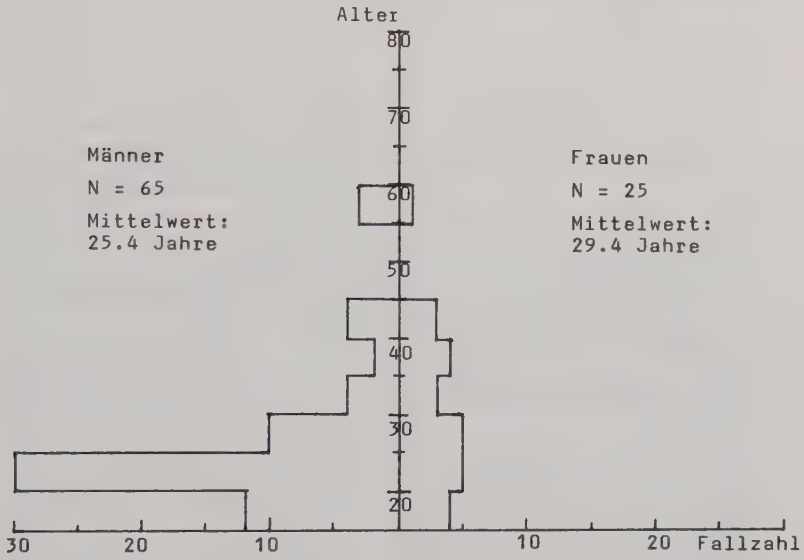

Abb.17:Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.6.4.)

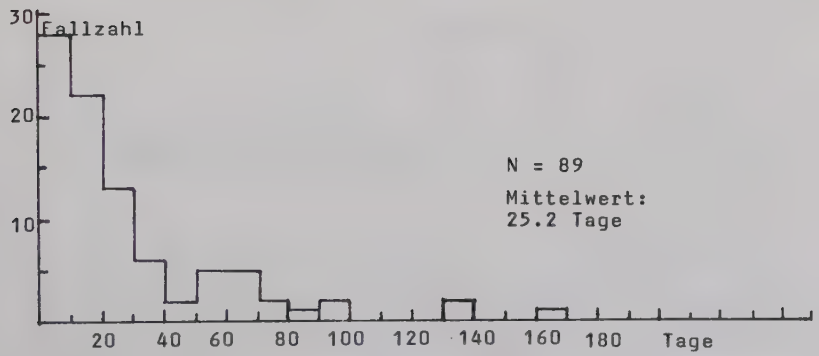

Abb.18: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen

Symptomatik (3.6.5.)

Tab.17: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Konzentrationsstörungen	22	24	12	10	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	16	18	16		
deprimiert/traurig	45	50	25	15	5
hoffnungslos/verzweifelt	21	23	7	10	4
ängstlich	30	33	23	5	2
mürrisch gereizt/dysphorisch	31	34	14	15	2
mißtrauisch/feindselig	26	29	17	8	1
gespannt	18	20	10	7	1
innerlich unruhig	29	32	14	12	3
Insuffizienzgefühl	16	18	7	5	4
affektlabil	13	14	7	5	1
Psychomotorische Störungen					
antriebsgesteigert	13	14	5	7	1
motorisch unruhig	13	14	4	7	2
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	23	26	11	8	4
Krankheitsgefühl	19	21	12	5	2
Mangel an Krankheitsgefühl	19	21	8	4	7

N=90

N=90

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Mangel an Krankheitseinsicht	21	23	8	6	7
Suizidtendenzen	30	33	16	11	3
Suizidhandlungen	7	8	1	4	2
Aggressionstendenzen	13	14	6	5	2
Sexualität vermindert	9	10	2	3	4
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	27	30	13	11	3
Durchschlafstörung	29	32	13	12	4
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	17	19	13	2	2
Vegetative Symptome					
Schwitzen	18	20	7	6	5

Diagnosengruppe 7: Alkoholismus

Fallzahl: 77 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.7.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	58	75.3	3 : 1
weiblich	19	24.7	
Summe	77	100.0	

Tab.18: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus

Altersverteilung (3.7.3.)

Altersverteilung aller Patienten

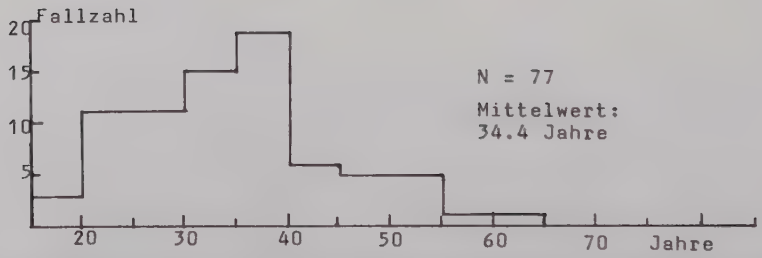

Abb.19: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

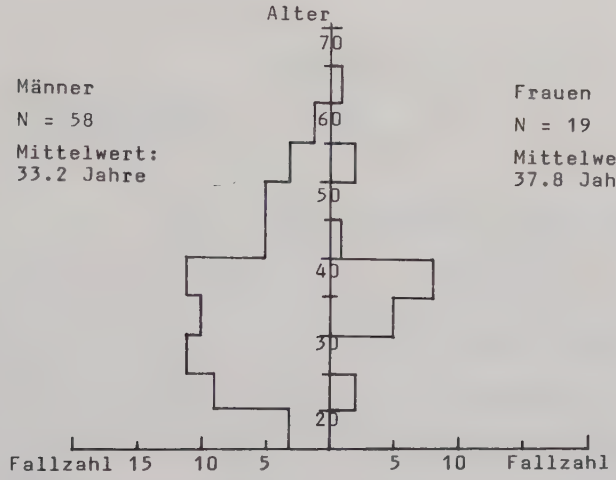

Abb.20: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.7.4.)

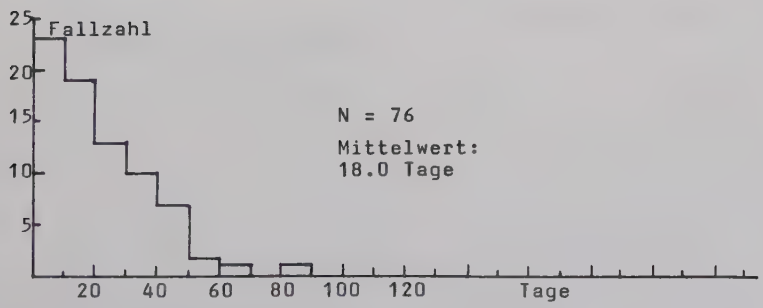

Abb.21: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus

Symptomatik (3.7.5.)

Tab.19: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	18	23	11	4	3
Konzentrationsstörungen	35	45	18	14	3
Merkfähigkeitsstörungen	20	26	11	5	4
Gedächtnisstörungen	15	19	6	5	4
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	23	30	18	3	2
Wahn					
Beziehungswahn	5	6	1	3	1
Verfolgungswahn	5	6	1	3	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	13	17	6	6	1
deprimiert/traurig	33	43	20	13	
hoffnungslos/verzweifelt	13	17	4	9	
ängstlich	22	29	9	9	4
mürrisch gereizt/dysphorisch	20	26	8	8	4
mißtrauisch/feindselig	16	21	10	5	1
gespannt	22	29	16	4	2
innerlich unruhig	35	45	16	14	5
Insuffizienzgefühl	21	27	5	13	3
affektlabil	11	14	5	5	1

N=77

N=77

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	18	23	11	6	1
motorisch unruhig	19	25	10	8	1
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	17	22	5	11	1
Krankheitsgefühl	30	39	11	13	6
Mangel an Krankheitseinsicht	23	30	5	9	9
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	30	39	6	19	5
Durchschlafstörung	34	44	14	18	2
Verkürzung der Schlafdauer	16	21	6	7	3
Müdigkeit	12	16	4	8	
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	34	44	10	18	6
Vegetative Symptome					
Übelkeit	13	17	4	8	1
Schwitzen	36	47	11	14	11
Schwindel	14	18	8	5	1
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	22	29	9	12	1
mittel-/grobschlägiger Tremor	12	16	4	5	3

Diagnosengruppe 8: Medikamentenabhängigkeit

Fallzahl: 28 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.8.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	14	50.0	
weiblich	14	50.0	1 : 1
Summe	28	100.0	

Tab.20: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit

Altersverteilung (3.8.3.)

Altersverteilung aller Patienten

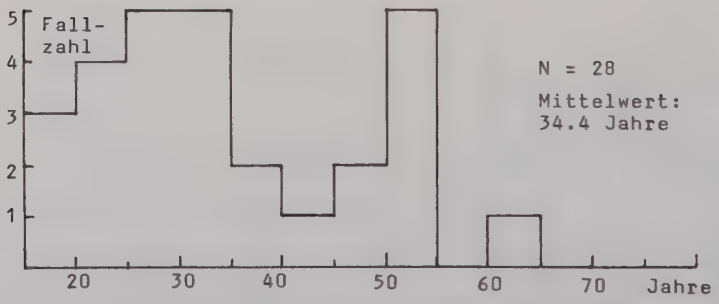

Abb. 22: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

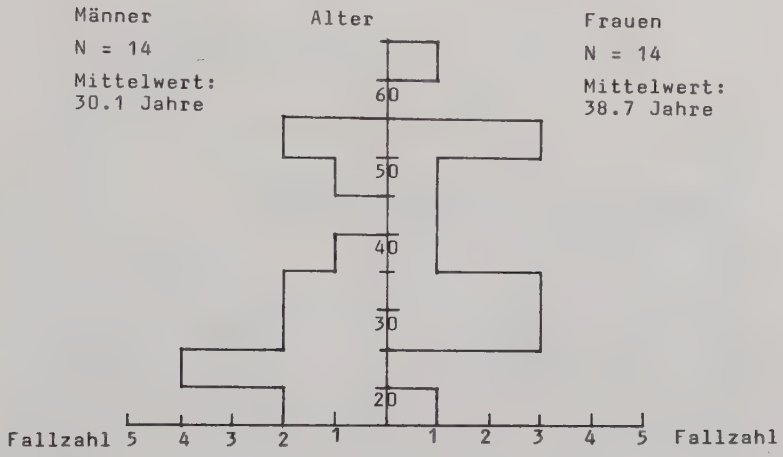

Abb.23: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.8.4.)

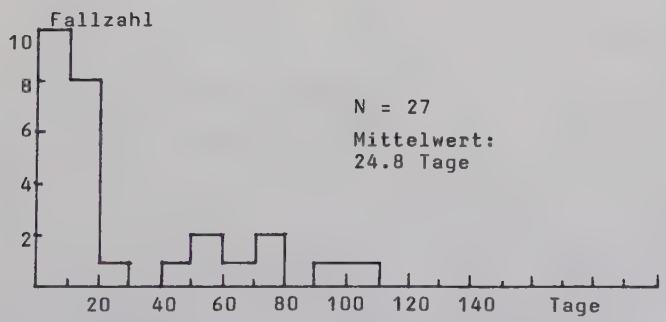

Abb.24: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit

Symptomatik (3.8.5.)

Tab.21: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Medikamentenabhängigkeit

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	6	21	5		1
Konzentrationsstörungen	15	54	9	5	1
Gedächtnisstörungen	4	14	2		2
Formale Denkstörungen					
umständlich	5	18	2	2	1
perseverierend	4	14	2	1	1
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	5	18	2	2	1
Störung der Vitalgefühle	6	21		4	2
deprimiert/traurig	15	54	9	5	1
hoffnungslos/verzweifelt	6	21	3	2	1
ängstlich	9	32	3	3	3
mürrisch gereizt/dysphorisch	11	39	9	2	
gespannt	8	29	5	2	1
innerlich unruhig	19	68	9	9	1
Insuffizienzgefühl	5	18	2	1	2
affektlabil	5	18	2	1	2
Psychomotorische Störungen					
antriebsgesteigert	6	21	3	3	
motorisch unruhig	8	29	4	3	1

N=28

N=28

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	5	18	2	3	
Krankheitsgefühl	13	46	1	7	5
Mangel an Krankheitseinsicht	8	29		7	1
Ablehnung der Behandlung	5	18	2	2	1
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	15	54	2	9	4
Durchschlafstörung	14	50	2	11	1
Müdigkeit	6	21	3	3	
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	15	54	7	6	2
Vegetative Symptome					
Übelkeit	7	25	4	2	1
Erbrechen	6	21	4	1	1
Hitzegefühl	5	18	3	2	
Frösteln	8	29	2	6	
Schwitzen	12	43	3	7	2
"Kopfdruck" o.ä.	8	29	4	2	2
Herzsensationen	5	18	2	2	1
Schwindel	10	36	5	5	
Neurologische Symptome					
mittel-/grobschlägiger Tremor	7	25	1	4	2

Diagnosengruppe 9: Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Fallzahl: 29 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.9.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	22	75.9	
weiblich	7	24.1	3.1 : 1
Summe	29	100.0	

Tab.22: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Altersverteilung (3.9.3.)

Altersverteilung aller Patienten

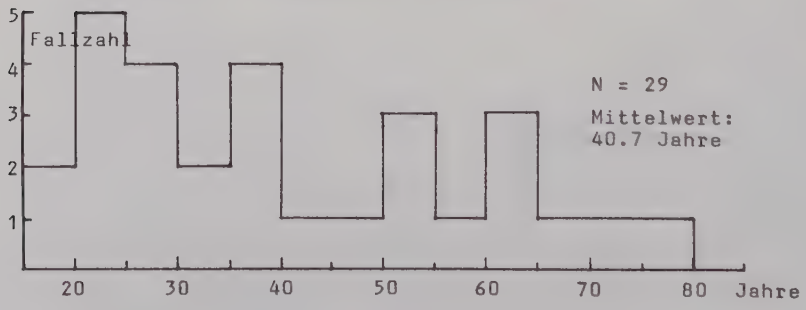

Abb.25: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

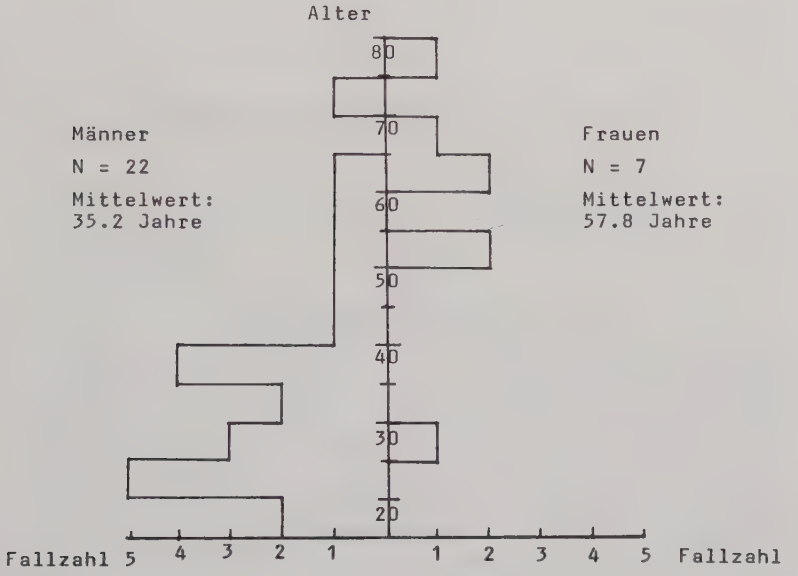

Abb.26: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen-getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.9.4.)

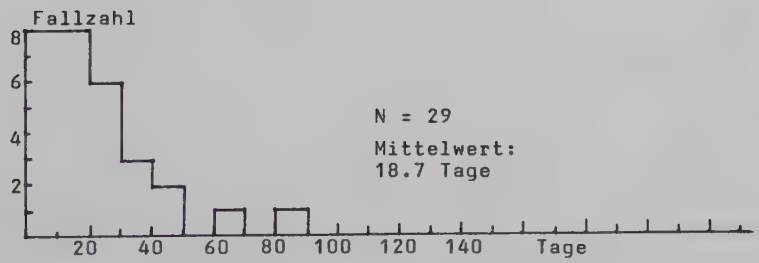

Abb.27: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Symptomatik (3.9.5.)

Tab.23: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	8	28	4	3	1
Konzentrationsstörungen	19	66	8	9	2
Merkfähigkeitsstörungen	14	48	5	5	4
Gedächtnisstörungen	10	34	1	6	3
Konfabulationen	6	21	4	2	
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	7	24	5	2	
umständlich	9	31	4	5	
perseverierend	6	21	2	3	1
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	4	14		2	2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	9	31	5	3	1
deprimiert/traurig	14	48	7	7	
hoffnungslos/verzweifelt	5	17	5		
ängstlich	10	34	6	4	
mürrisch gereitz/dysphorisch	5	17	4	1	
gespannt	9	31	8		1
innerlich unruhig	13	45	10	1	2
Insuffizienzgefühl	5	17	1	4	

N=29

N=29

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	9	31	5	3	1
motorisch unruhig	5	17	4	1	
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	11	38	5	5	1
Krankheitsgefühl	12	41	3	5	4
Mangel an Krankheitsgefühl	5	17	1	4	
Mangel an Krankheitseinsicht	8	28	2	4	2
Suizidtendenzen	6	21	6		
Aggressionstendenzen	6	21	5	1	
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	17	59	4	9	4
Durchschlafstörung	15	52	2	11	2
Verkürzung der Schlafdauer	11	38	3	7	1
Einschlafneigung am Tage	5	17	1	4	
Müdigkeit	8	28	2	6	
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	9	31	3	5	1
Vegetative Symptome					
Obstipation	6	21	2	4	
Hitzegefühl	5	17	3	2	
Schwitzen	7	24	3	2	2
"Kopfdruck"o.ä.	7	24	3	1	3
Schwindel	5	17	3	1	1

N=29

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Weitere körperliche Symptome					
andere	5	17	3	2	
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	5	17	2	2	1
Nystagmus	5	17	3	2	
Paresen	5	17	4	1	
andere	9	31	5	1	3

Diagnosengruppe 10: Oligophrenien

Fallzahl: 17 Patienten

Geschlechtsverteilung (3.10.2.)

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	8	47.1	1 : 1.1
weiblich	9	52.9	
Summe	17	100.0	

Tab.24: Geschlechtsverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien

Altersverteilung (3.10.3.)

Altersverteilung aller Patienten

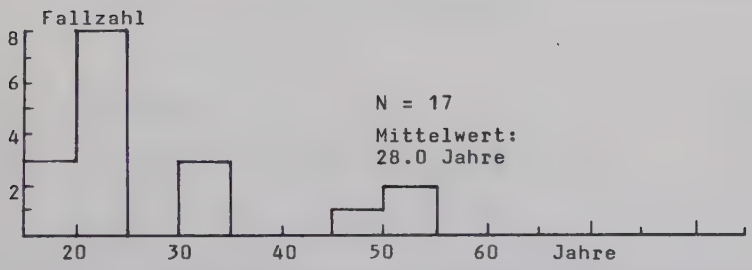

Abb.28: Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

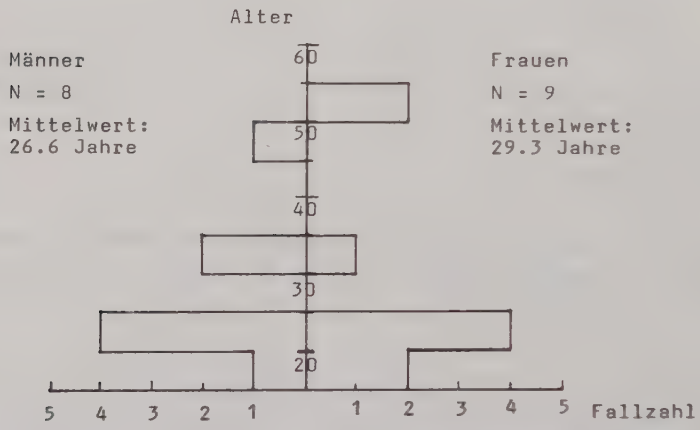

Abb.29: Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.10.4.)

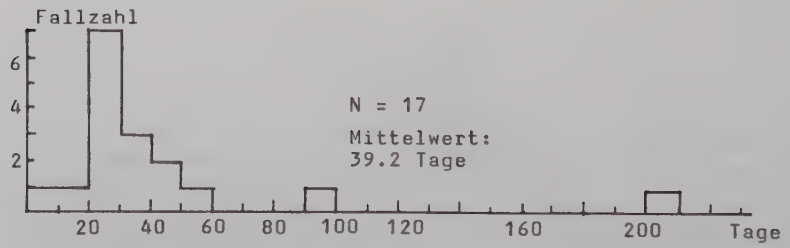

Abb.30: Aufenthaltsdauer der Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien

Symptomatik (3.10.5.)

Tab.25: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Oligophrenien

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Orientierungsstörungen					
zeitlich	3	18	1	2	
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	9	53	3	2	4
Konzentrationsstörungen	6	35	4	1	1
Merkfähigkeitsstörungen	4	24	1	2	1
Gedächtnisstörungen	3	18	1	1	1
Formale Denkstörungen					
verlangsamt	3	18			3
eingeengt	5	29	2		3
umständlich	5	29	2		3
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Überwertige Ideen	3	18	1	2	
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Störung der Ichidentität	2	12		2	
Autismus	2	12			2
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	4	24	3		1
gefühlsverarmt/affektarm	4	24	3		1
deprimiert/traurig	6	35	5	1	
ängstlich	8	47	5	3	
gespannt	3	18	1	2	

N=17

N=17

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	7	41	3	3	1
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	6	35	3		3
Krankheitsgefühl	1	6	1		
Mangel an Krankheitseinsicht	4	24		1	3
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	3	18	2	1	
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	4	24	3	1	

Übrige Diagnosen

Zusammensetzung und Häufigkeit (3.11.)

Tab.26: Zusammensetzung nach dem ICD-Schlüssel und Einteilung nach der Reihenfolge der abnehmenden Häufigkeit der Patienten mit übrigen Diagnosen

ICD-Nr.	Diagnosen	Fallzahl abs.	% [1]	% [2]
316.1	Neurologische Krankheiten	16	1.9	0.9
306	Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können	11	1.3	0.6
305	Psychosomatische Störungen	11	1.3	0.6
345	Epilepsie	6	0.7	0.3
302	Sexuelle Verhaltensabweichungen	3	0.4	0.2
316.2	Weder neurologisch noch psychisch krank	2	0.2	0.1
308	Verhaltensstörungen im Kindesalter	1	0.1	0.1
	Summe	50	6.0	2.9

[1] Prozentualer Anteil an den 830 Patienten, die in dieser Arbeit beschrieben werden

[2] Prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Klinikpopulation von 1750 Patienten im Jahre 1978

Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (3.11.)

Tab.27: Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit übrigen Diagnosen

Diagnosen	Geschlecht		durchschn. Alter	durchschn. Aufenth.
	Män.	Fr.		
Neurologische Krankheiten	10	6	42.8	78.1
Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können	7	4	34.0	23.9
Psychosomatische Störungen	8	3	33.3	41.8
Epilepsie	4	2	30.8	29.2
Sexuelle Verhaltensabweichungen	3		21.7	49.3
Weder neurologisch noch psychisch krank	1	1	24.0	5.0
Verhaltensstörungen im Kindesalter	1		15.0	20.0

Übersicht über die Hauptdiagnosengruppen (3.12.)

Tab.28: Einteilung und Häufigkeit der Hauptdiagnosengruppen

Hauptdiagnosengr.	Diagnosengruppe	Fallzahl abs.	% [1]	% [2]	% [3]
1		153		18.4	8.7
	Chronische organische Psychosen	39	25.5		
	Akute organische Psychosen	85	55.5		
	Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen	29	19.0		
2		505		60.8	28.9
	Depressive Neurose	193	38.2		
	Übrige Neurosen	123	24.4		
	Persönlichkeitsstörungen	90	17.8		
	Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit	99	19.6		
3		105		12.7	6.0
	Alkoholismus	77	73.3		
	Medikamentenabhängigkeit	28	26.7		
4		17		2.0	1.0
	Oligophrenien	17	100.0		

[1] Prozentualer Anteil der Diagnosengruppe an der Hauptdiagnosengruppe

[2] Prozentualer Anteil an den 830 Patienten, die in dieser Arbeit beschrieben werden

[3] Prozentualer Anteil an der gesamten Klinikpopulation von 1750 Patienten

Hauptdiagnosengruppe 1:-Chronische organische Psychosen
-Akute organische Psychosen
-Nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Geschlechtsverteilung (3.13.2.) Fallzahl: 153 Patienten

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	87	56.9	
weiblich	66	43.1	1.3 : 1
Summe	153	100.0	

Tab.29: Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Altersverteilung (3.13.3.)

Altersverteilung aller Patienten

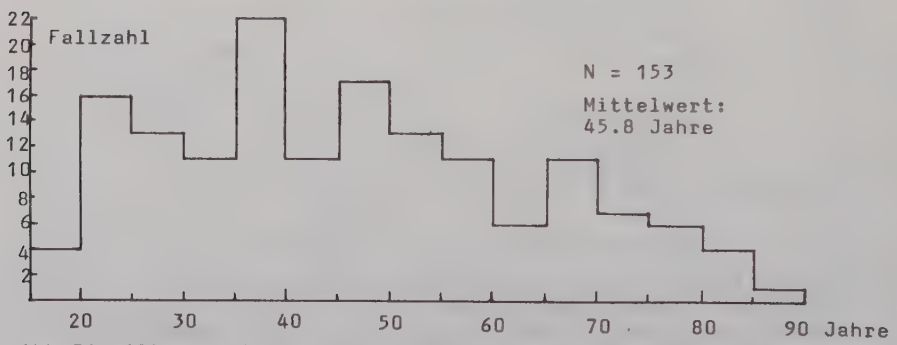

Abb.31: Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

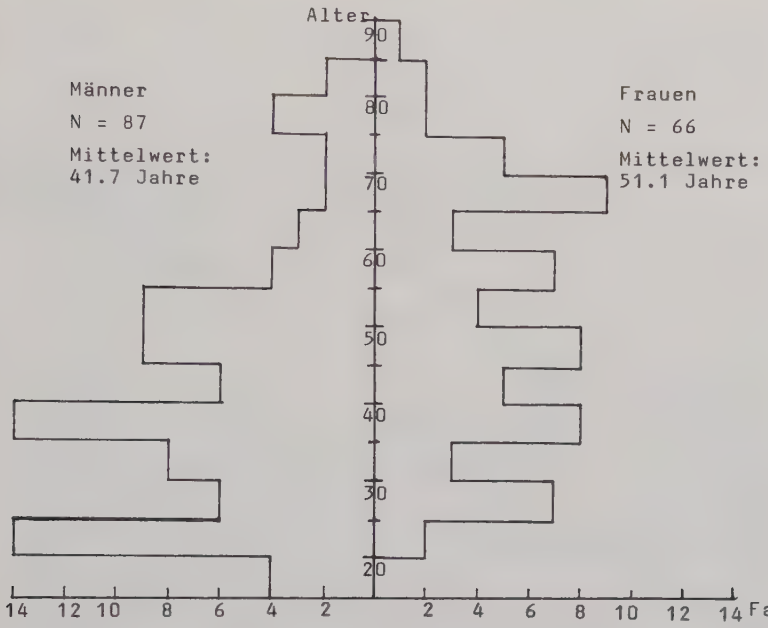

Abb.32: Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nicht-psychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen-getrennt nach Geschl.

Aufenthaltsdauer (3.13.4.)

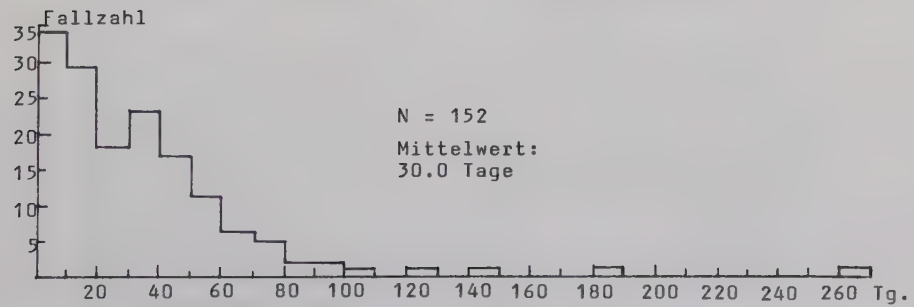

Abb.33: Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nicht-psychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen

Symptomatik (4.1.)

Tab.30: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe chronische und akute organische Psychosen und nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenh.stehen

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	14	9	8	5	1
delirant	22	14	8	6	8
umdämmert	9	6	5	3	1
andere	1	1	1		
Orientierungsstörungen					
zeitlich	56	37	19	22	15
örtlich	43	28	15	14	14
situativ	40	26	11	16	13
über die eigene Person	13	9	6	5	2
andere	4	3	2	2	
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	75	49	28	31	16
Konzentrationsstörungen	109	71	39	43	27
Merkfähigkeitsstörungen	87	57	32	34	21
Gedächtnisstörungen	72	47	29	29	14
Konfabulationen	21	14	7	11	3
andere	1	1	1		
Formale Denkstörungen					
gehemmt	17	11	7	10	
gesperrt	8	5		7	1
verlangsamt	53	35	26	22	5

N=153

N=153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
eingeengt	33	22	10	17	6
umständlich	43	28	20	17	6
perseverierend	36	24	12	18	6
beschleunigt/ideenflüchtig	17	11	4	11	2
Vorbeireden	26	17	14	9	3
inkohärent/zerfahren	26	17	8	11	7
Gedankenabreißen	13	9	5	5	3
andere	3	2	2		1
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	16	11	4	9	3
überwertige Ideen	14	9	6	5	3
Zwangsdenken	5	3	3	2	
Zwangsimpulse	2	1		1	1
Zwangshandlungen	3	2		2	1
Phobien	4	3	2	2	
andere Störungen	1	1			1
Wahn					
Wahnstimmung	28	18	9	15	4
Wahnwahrnehmung	21	14		17	4
Wahneinfall/Wahngedanken	27	18	8	18	1
Wahndynamik	16	11	5	10	1
systematisierter Wahn	10	7	5	3	2
Schuldwahn	5	3	3	1	1
hypochondrischer Wahn	1	1	1		
Verarmungswahn	1	1		1	
Größenwahn	3	2	1	1	1
Beziehungswahn	17	11	3	12	2
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	27	18	4	17	6
Eifersuchtswahn	6	4	3	2	1
anderer Wahn	1	1		1	

N=153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Sinnestäuschungen					
Illusionen	6	4	3	1	2
Stimmenhören	24	16	4	13	7
andere akustische Halluzinationen	9	6		6	3
optische Halluzinationen	24	16	4	12	8
Körperhalluzinationen/ Körperfühlstörungen	8	5	2	3	3
Geruchs- und Geschmackshalluzinat.	4	3	2	1	1
andere Störungen	1	1	1		
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Störung der Ichidentität	5	3	1	4	
andere Entfremdungserlebnisse	6	4	4	2	
Autismus	4	3	3		1
Gedankenausbreitung	2	1		2	
Gedankenentzug	3	2	2	1	
Gedankeneingebung	6	4	2	2	2
sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse	7	5	1	5	1
andere	1	1		1	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	50	33	21	18	11
gefühlsverarmt/affektarm	14	9	4	8	2
Gefühl der Gefühllosigkeit	2	1	1	1	
Störung der Vitalgefühle	21	14	9	11	1

N=153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
deprimiert/traurig	59	39	27	25	7
hoffnungslos/verzweifelt	29	19	13	12	4
ängstlich	70	46	29	37	4
gehoben/euphorisch	18	12	7	9	2
mürrisch gereizt/dysphorisch	28	18	14	10	4
mißtrauisch/feindselig	36	24	15	17	4
gespannt	44	29	21	17	6
innerlich unruhig	69	45	27	30	12
klagsam/jammerig	25	16	9	8	8
läppisch	6	4	4	2	
ekstatisch-verzückt	5	3	5		
Insuffizienzgefühl	20	13	6	12	2
gesteigertes Selbstwertgefühl	9	6	3	3	3
Schuldgefühl	11	7	4	6	1
Verarmungsgefühl	5	3		3	2
ambivalent	13	9	5	6	2
affektiv inadäquat	21	14	9	10	2
affektlabil	17	11	5	11	1
affektinkontinent	14	9	6	8	
affektstarr	23	15	8	13	2
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	52	34	21	26	5
antriebsgehemmt	18	12	7	8	3
stuporös	3	2		1	2
mutistisch	8	5	4	3	1
antriebsgesteigert	27	18	13	11	3
motorisch unruhig	47	31	18	23	6
Parakinesen/Stereotypien	11	7	6	4	1
negativistisch	6	4	4	2	

N=153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
maniriert	9	6	4	4	1
Sprachzerfall/Neologismen	1	1	1		
logorrhoisch	14	9	5	6	3
andere Störungen	2	1	1		1
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	12	8	6	6	
morgens besser	5	3	2	2	1
nächtliche Exazerbationen	19	12	1	9	9
andere Verlaufsbesonderheiten	3	2	1	2	
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	64	41	23	33	8
Kontakt vermehrt	4	3	2	2	
Krankheitsgefühl	63	41	15	34	14
Mangel an Krankheitsgefühl	35	23	8	16	11
Mangel an Krankheitseinsicht	56	37	4	24	28
Ablehnung der Behandlung	24	16	5	13	6
Suizidtendenzen	19	12	11	7	1
Suizidhandlungen	4	3	2	1	1
Aggressionstendenzen	19	12	9	7	3
Aggressionshandlungen	6	4	1	2	3
Sexualität gesteigert	1	1			1
Sexualität vermindert	21	14	7	7	7
sexuelle Triebabweichungen	2	1		1	
Nahrungsablehnung	5	3	5		
ißt nicht selbständig	3	2		3	

N=153

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
unselbständig in Körperpflege	13	9	7	3	3
läßt unter sich	2	1	2		
Beschäftigung erschwert	28	18	4	11	13
bettlägerig	10	7	3	5	2
andere Störungen	9	6		3	6
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	81	53	24	45	12
Durchschlafstörung	89	58	17	57	15
Verkürzung der Schlafdauer	40	26	9	26	5
Einschlafneigung am Tage	19	12	7	11	1
Müdigkeit	29	19	7	19	3
verstärkte Traumtätigkeit	6	4		3	3
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	64	42	20	31	13
Appetit vermehrt	6	4	2	1	3
Durst vermehrt	14	9	1	12	1
Vegetative Symptome					
Mundtrockenheit	16	11	11	5	
Übelkeit	15	10	9	5	1
Erbrechen	8	5	6	1	1
Obstipation	20	13	9	11	
Hitzegefühl	12	8	6	5	1
Frösteln	10	7	9	1	
Schwitzen	39	26	11	20	8
"Kopfdruck"o.ä.	30	20	11	9	10
Herzsensationen	14	10	9	4	1
Schwindel	31	20	18	9	4

N=153

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Weitere körperliche Symptome					
andere	27	18	8	14	5
Neurologische Symptome					
Muskeltonus erhöht	14	9	4	10	
Muskeltonus erniedrigt	6	4	3	3	
feinschlägiger Tremor	26	17	14	10	2
mittel- bis grobschlägiger Tremor	14	9	1	10	3
Ataxie	19	12	9	8	2
andere neurologische Symptome	34	22	15	9	10

Hauptdiagnosengruppe 2: -Depressive Neurose
-Übrige Neurosen
-Persönlichkeitsstörungen
-Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Geschlechtsverteilung (3.14.2.) Fallzahl: 505 Patienten

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	283	56.0	
weiblich	222	44.0	1.3 : 1
Summe	505	100.0	

Tab.31: Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Altersverteilung (3.14.3.)

Altersverteilung aller Patienten

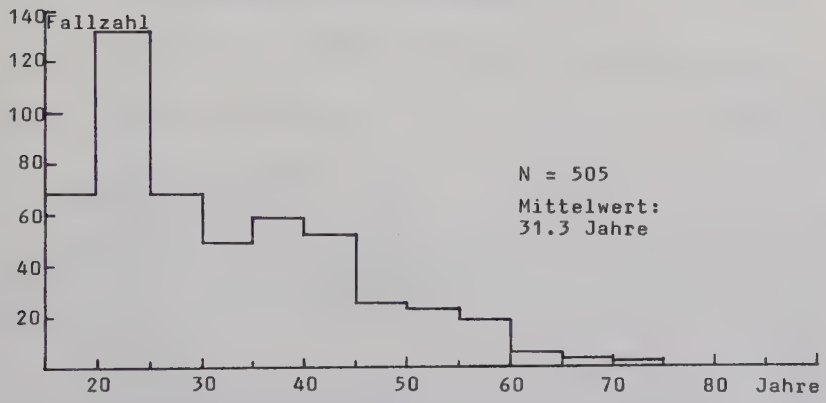

Abb.34: Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

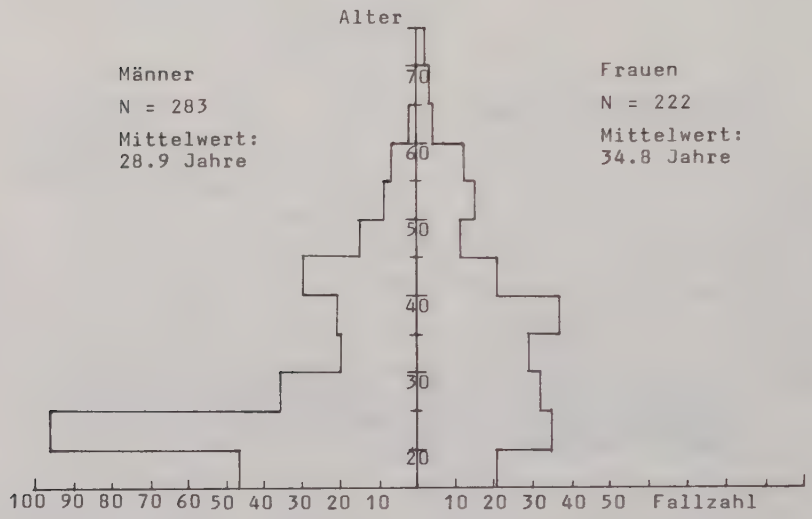

Abb.35: Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit- getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.14.4.)

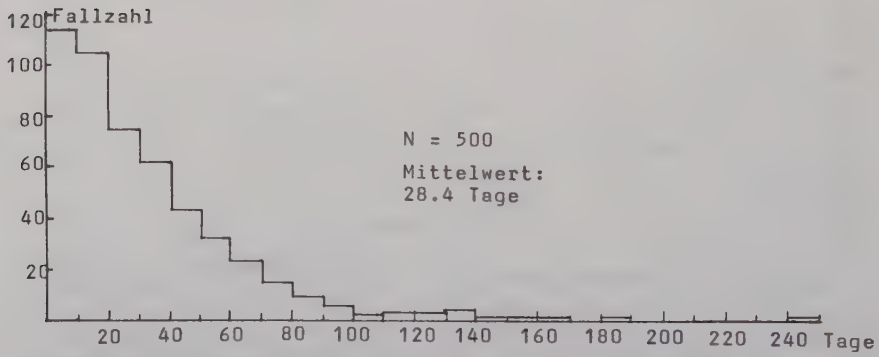

Abb.36: Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Symptomatik (4.1.)

Tab.32: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe depressive Neurose, übrige Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeit

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	13	3	11	1	1
delirant	1	0.2	1		
umdämmert	5	1	3		2
andere	1	0.2	1		
Orientierungsstörungen					
zeitlich	10	2	7	3	
örtlich	7	1	3	2	2
situativ	4	1	1	3	
über die eigene Person	1	0.2		1	
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	35	7	22	12	1
Konzentrationsstörungen	120	24	75	38	7
Merkfähigkeitsstörungen	53	11	37	14	2
Gedächtnisstörungen	31	6	23	5	3
Konfabulationen	5	1	4	1	
andere	3	1	1	2	
Formale Denkstörungen					
gehemmt	26	5	15	10	1
gesperrt	6	1	2	4	
verlangsamt	53	11	42	10	1
eingeengt	66	13	33	30	3

N=505

N=505

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
umständlich	41	8	24	13	4
perseverierend	19	4	11	8	
beschleunigt/ideenflüchtig	22	4	12	9	1
Vorbeireden	15	3	9	5	1
inkohärent/zerfahren	10	2	3	7	
Gedankenabreißen	7	1	4	3	
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	71	14	20	29	22
überwertige Ideen	28	6	8	14	6
Zwangsdenken	29	6	6	9	14
Zwangsimpulse	12	2	4	2	6
Zwangshandlungen	15	3	3	2	10
Phobien	19	4	7	7	5
andere Störungen	4	1	1	2	1
Wahn					
Wahnstimmung	12	2	9	3	
Wahnwahrnehmung	5	1	3	2	
Wahneinfall/Wahngedanken	14	3	7	7	
Wahndynamik	9	2	3	6	
systematisierter Wahn	1	0.2		1	
Schuldwahn	2	0.4	1	1	
hypochondrischer Wahn	7	1	2	4	1
Größenwahn	5	1		5	
Beziehungswahn	11	2	8	2	1
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	8	2	5	3	
Eifersuchtswahn	1	0.2	1		
anderer Wahn	1	0.2		1	

N=505

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Sinnestäuschungen					
Illusionen	5	1	3	2	
Stimmenhören	6	1	2	4	
andere akustische Halluzinationen	2	0.4	1	1	
optische Hallzinationen	3	1	1	2	
Körperhalluzinationen/ Körperfühlstörungen	6	1	1	4	1
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Störung der Ichidentität	14	3	4	9	1
andere Entfremdungserlebnisse	15	3	3	10	2
Autismus	9	2	8		1
Gedankenausbreitung	1	0.2		1	
Gedankenentzug	1	0.2	1		
Gedankeneingebung	1	0.2	1		
sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse	2	0.4	1	1	
Verstimmungen, Gefühlsstörungen					
ratlos	132	26	85	37	10
gefühlsverarmt/affektarm	34	7	22	11	1
Gefühl der Gefühllosigkeit	22	4	6	9	7
Störung der Vitalgefühle	105	21	39	45	21
deprimiert/traurig	336	67	133	154	49
hoffnungslos/verzweifelt	182	36	66	83	33
ängstlich	147	29	123	88	36
gehoben/euphorisch	21	4	12	9	

N=505

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
mürrisch gereizt/dysphorisch	91	18	47	36	8
mißtrauisch/feindselig	100	20	64	30	6
gespannt	112	22	50	48	14
innerlich unruhig	237	47	91	122	24
klagsam/jammerig	98	19	35	42	21
läppisch	6	1	2	4	
ekstatisch-verzückt	1	0.2		1	
Insuffizienzgefühl	155	31	53	74	28
gesteigertes Selbstwertgefühl	13	3	9	2	2
Schuldgefühl	62	12	29	22	11
Verarmungsgefühl	9	2	6	1	2
ambivalent	40	8	22	14	4
affektiv inadäquat	39	8	22	11	6
affektlabil	69	14	30	37	2
affektinkontinent	23	5	10	6	7
affektstarr	40	8	23	16	1
andere Störungen	2	0.4	1	1	
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	150	30	89	49	12
antriebsgehemmt	64	13	36	27	1
stuporös	5	1	2	2	1
mutistisch	8	2	4	3	1
antriebsgesteigert	48	10	25	15	8
motorisch unruhig	70	14	33	28	9
Parakinesen/Stereotypien	6	1	4	1	1
negativistisch	11	2	9	1	1
maniriert	4	1	4		
logorrhoisch	41	8	25	14	2
andere Störungen	3	1	1	2	

N=505

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	38	8	20	15	3
morgens besser	4	1	2	2	
nächtliche Exazerbationen	10	2	3	7	
andere Verlaufsbesonderheiten	3	1		2	1
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	183	36	86	76	21
Kontakt vermehrt	19	4	3	13	3
Krankheitsgefühl	200	40	38	108	54
Mangel an Krankheitsgefühl	62	12	21	23	18
Mangel an Krankheitseinsicht	86	17	25	37	24
Ablehnung der Behandlung	38	8	18	10	10
Suizidtendenzen	163	32	74	67	22
Suizidhandlungen	59	12	11	28	20
Selbstbeschädigungstendenzen	10	2	3	6	1
Aggressionstendenzen	48	10	24	20	4
Aggressionshandlungen	11	2	3	8	
Sexualität gesteigert	9	2	6	2	1
Sexualität vermindert	92	18	29	45	18
sexuelle Triebabweichungen	6	1	1	4	1
Nahrungsablehnung	8	2	3	3	2
unselbständig in Körperpflege	3	2	3		
Beschäftigung erschwert	32	6	12	17	3
bettlägerig	2	0.4	1	1	
andere Störungen	7	1	2	4	1

N=505

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	241	48	91	123	27
Durchschlafstörung	237	47	69	135	33
Verkürzung der Schlafdauer	111	22	27	64	20
Einschlafneigung am Tage	29	6	15	12	2
Müdigkeit	88	17	41	41	6
verstärkte Traumtätigkeit	33	7	10	18	5
andere Störungen	1	0.2		1	
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	165	33	79	62	24
Appetit vermehrt	18	4	6	11	1
Durst vermehrt	13	3	8	4	1
andere Störungen	3	1	2	1	
Vegetative Symptome					
Nasenatmung behindert	5	1	4	1	
Hypersalivation	4	1		2	2
Mundtrockenheit	21	4	12	7	2
Seborrhoe	10	2	6	4	
Akkomodationsstörungen	5	1	4		1
Übelkeit	45	9	26	17	2
Erbrechen	16	3	11	4	1
Obstipation	47	9	27	14	6
Diarrhoe	13	3	9	4	
Miktionserschwerung	8	2	6	2	
Hitzegefühl	29	6	18	11	
Frösteln	17	3	10	6	1
Flush	9	2	7	2	
Schwitzen	104	21	39	47	18

N=505

Symptom	Fallzahl abs.	%	Ausprägung 1	2	3
Atemstörungen	14	3	7	7	
"Kopfdruck"o.ä.	99	20	45	37	17
Herzsensationen	55	11	24	26	5
Schwindel	65	13	54	28	3
Kollaps	12	2	9	3	
andere	17	3	3	14	
Weitere körperliche Symptome					
Menstruationsstörungen	16	3	3	12	1
andere	22	4	4	15	3
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	19	4	14	5	
andere neurologische Symptome	22	4	9	12	1

Hauptdiagnosengruppe 3: Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Geschlechtsverteilung (3.15.2.) Fallzahl: 105 Patienten

	Fallzahl	%	Relation Männer:Frauen
männlich	72	68.6	
weiblich	33	31.4	2.2 : 1
Summe	105	100.0	

Tab.33: Geschlechtsverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Altersverteilung (3.15.3.)

Altersverteilung aller Patienten

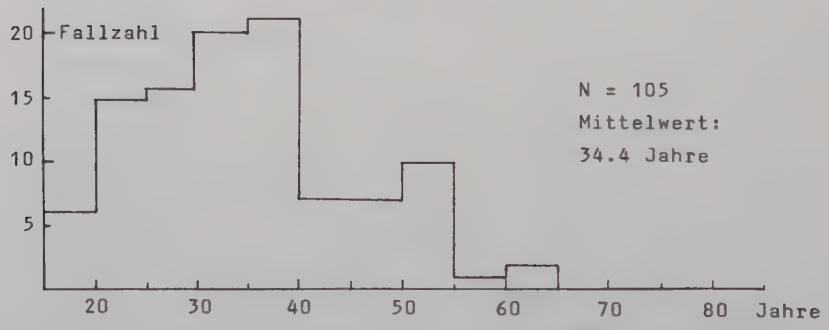

Abb.37: Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

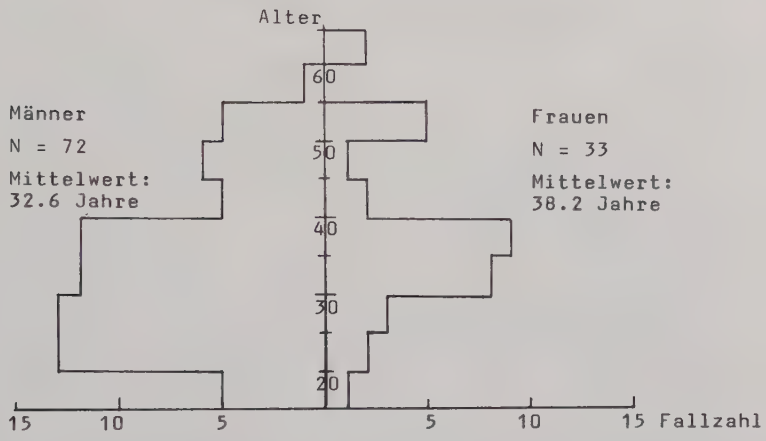

Abb.38: Altersverteilung der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit getrennt nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer (3.15.4.)

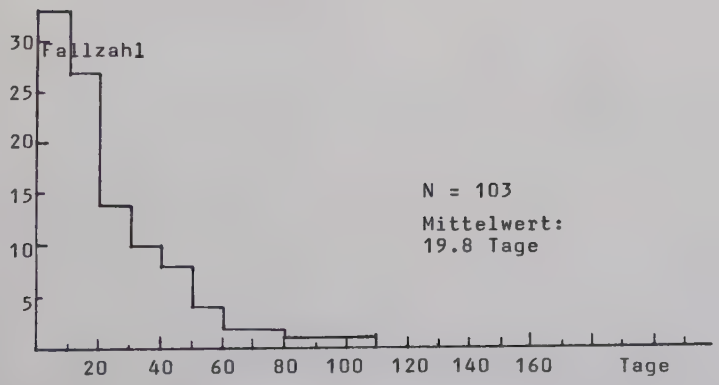

Abb.39: Aufenthaltsdauer der Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Symptomatik (4.1.)

Tab.34: Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Bewußtseinsstörungen					
Bewußtseinstrübung	8	8	5	2	1
delirant	11	10	6	4	1
umdämmert	5	5	4	1	
Orientierungsstörungen					
zeitlich	9	9	3	3	3
örtlich	8	8	2	5	1
situativ	5	5	1	3	1
über die eigene Person	2	2	2		
andere	3	3	3		
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen	24	23	16	4	4
Konzentrationsstörungen	50	48	27	19	4
Merkfähigkeitsstörungen	24	23	13	6	5
Gedächtnisstörungen	19	18	8	5	6
Konfabulationen	3	3		3	
Formale Denkstörungen					
gehemmt	6	6	4	2	
gesperrt	1	1			1
verlangsamt	26	25	19	4	3
eingeengt	7	7	2	4	1
umständlich	15	14	8	6	1

N=105

N=105

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
perseverierend	10	10	8	1	1
beschleunigt/ideenflüchtig	5	5	1	3	1
Vorbeireden	10	10	6	2	2
inkohärent/zerfahren	1	1			1
Gedankenabreißen	4	4	2	1	1
Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien					
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	3	3	1	1	1
überwertige Ideen	5	5	2	3	
Zwangsimpulse	1	1	1		
Phobien	1	1	1		
Wahn					
Wahnstimmung	2	2		1	1
Wahnwahrnehmung	2	2		1	1
Wahneinfall/Wahngedanken	1	1			1
Wahndynamik	1	1		1	
systematisierter Wahn	1	1		1	
hypochondrischer Wahn	1	1		1	
Beziehungswahn	5	5	1	3	1
Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn	5	5	1	3	1
Eifersuchtswahn	1	1	1		
Sinnestäuschungen					
Stimmenhören	2	2			2
andere akustische Halluzinationen	2	2		1	1
optische Halluzinationen	6	6	2	2	2
Körperhalluzinationen/Körperfühlstörungen	1	1			1

N=105

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
Ich- und Persönlichkeitsstörungen					
Störung der Ichidentität	1	1		1	
andere Entfremdungserlebnisse	1	1	1		
Autismus	1	1		1	
Gedankenentzug	1	1		1	
Gedankeneingebung	1	1		1	
Verstimmungen, Gefühlstörungen					
ratlos	18	17	8	8	2
gefühlsverarmt/affektarm	9	9	7	2	
Gefühl der Gefühllosigkeit	3	3	2	1	
Störung der Vitalgefühle	16	15	3	11	2
deprimiert/traurig	48	46	29	18	1
hoffnungslos/verzweifelt	19	18	7	11	1
ängstlich	31	30	12	12	7
gehoben/euphorisch	8	8	6	2	
mürrisch gereizt/dysphorisch	31	30	17	10	4
mißtrauisch/feindselig	20	19	13	6	1
gespannt	30	29	21	6	3
innerlich unruhig	54	51	25	23	6
klagsam/jammerig	9	9	4	3	2
läppisch	2	2	1		1
ekstatisch-verzückt	0				
Insuffizienzgefühl	26	25	7	14	5
gesteigertes Selbstwertgefühl	1	1		1	
Schuldgefühl	12	11	7	4	1
Verarmungsgefühl	0				

N=105

Symptom	Fallzahl abs.	Fallzahl %	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 3
ambivalent	7	7	2	4	1
affektiv inadäquat	9	9	4	4	1
affektlabil	16	15	7	6	3
affektinkontinent	6	6	2	1	3
affektstarr	5	5	3	2	
Psychomotorische Störungen					
antriebsarm	22	21	14	7	1
antriebsgehemmt	2	2	1	1	
stuporös	1	1	1		
mutistisch	2	2	1	1	
antriebsgesteigert	12	11	8	4	
motorisch unruhig	27	26	14	11	2
maniriert	2	2	2		
logorrhoisch	6	6	3	2	1
andere Störungen	3	3	1		2
Verlaufsbesonderheiten					
abends besser	1	1	1		
nächtliche Exazerbationen	1	1		1	
andere Verlaufsbesonderheiten	1	1	1		
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit					
Kontakt vermindert	22	21	7	14	1
Kontakt vermehrt	7	7	5	1	1
Krankheitsgefühl	43	41	12	20	11
Mangel an Krankheitsgefühl	11	10	4	4	3
Mangel an Krankheitseinsicht	31	30	5	16	10
Ablehnung der Behandlung	10	10	5	4	1

N=105

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Suizidtendenzen	10	10	7	2	1
Suizidhandlungen	7	7	2	4	1
Selbstbeschädigungs-tendenzen	2	2		2	
Aggressionstendenzen	10	10	6	3	1
Aggressionshandlungen	3	3	1	2	
Sexualität gesteigert	2	2	2		
Sexualität vermindert	11	10	5	5	1
unselbständig in Körperpflege	3	3	2	1	
Beschäftigung erschwert	4	4	1	1	2
andere Störungen	2	2	1	1	
Schlafstörungen					
Einschlafstörung	45	43	8	28	9
Durchschlafstörung	48	46	16	29	3
Verkürzung der Schlafdauer	20	19	7	10	3
Einschlafneigung am Tage	4	4	1	2	1
Müdigkeit	18	17	7	11	
verstärkte Traumtätigkeit	8	8	2	4	2
Appetenzstörungen					
Appetit vermindert	49	47	17	24	8
Appetit vermehrt	2	2		2	
Durst vermehrt	13	12	4	7	2
Vegetative Symptome					
Hypersalivation	2	2	1		1
Mundtrockenheit	5	5	2	2	1
Seborrhoe	7	7	5	2	
Übelkeit	20	19	8	10	2

N=105

Symptom	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Erbrechen	13	12	4	7	2
Obstipation	5	5	2	3	
Diarrhoe	8	8	2	5	1
Hitzegefühl	10	10	5	5	
Frösteln	14	13	5	8	1
Flush	2	2		2	
Schwitzen	48	46	14	21	13
Atemstörungen	4	4	2	2	
"Kopfdruck" o.ä.	16	15	8	6	2
Herzsensationen	13	12	7	4	2
Schwindel	24	23	13	10	1
Kollaps	7	7	6	1	
Weitere körperliche Symptome					
Parästhesien	5	5	4	1	
Exantheme	3	3	1	2	
andere	9	9	7	2	
Neurologische Symptome					
feinschlägiger Tremor	26	25	11	14	1
mittel- und grobschlägiger Tremor	19	18	5	9	5
Nystagmus	3	3	3		
Ataxie	14	13	7	3	4
andere neurologische Symptome	8	8	4	1	3

Hauptdiagnosengruppe 4: Oligophrenien (3.10)

Tabellen und Abbildungen siehe S.189 ff..

7. Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 2.Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1972

2. Bumke, O., Jahresbericht der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik München 1924/25, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 80.Bd., Julius Springer Verlag, Berlin 1927

3. Degkwitz, R., Hoffmann, S.O., Kindt, H., Psychisch krank, Einführung in die Psychiatrie für das klinische Studium, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1982

4. Engelhardt, H., Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit nichtorganischen Psychosen. Statistische Untersuchungen unter Verwendung der Daten von 917 Patienten, München 1983 (im Druck)

5. Kraepelin, E., Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1904/05, J.F.Lehmanns Verlag, München 1907

6. Kraepelin, E., Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1906/07, J.F.Lehmanns Verlag, München 1909

7. Kraepelin, E., Jahresbericht für die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1908/09, J.F.Lehmanns Verlag, München 1911

8. Neumann, H., Lehrbuch der Psychiatrie, Erlangen 1859

9. Sartorius, N., Classification: An International Perspective, in: Psychiatric Annals 6:8/August 1976, Classification Of Psychiatric Disorders

10. Schulte, W., Tölle, R., Psychiatrie, Fünfte, überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1979

11. Stengel, E., Classification of Mental Disorders, in: Bulletin World Health Organisation, 1959, 21.Bd.

12. World Health Organisation, Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Dritte, korrigierte und erweiterte Auflage (8. Revision der ICD), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1973

13. World Health Organisation, Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1980

14. Zilboorg, G., And Henry, G.W., History of Medical Psychology, New York, W.W.Norton & Company 1941

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung.

Lebenslauf

Am 8.Juni 1953 wurde ich, Hermann Rudolf Ditz, als dritter Sohn meiner Eltern Dr. Herbert Ditz, Internist, und Dr. Annebärbel Ditz, Kinderärztin, in Dillingen an der Donau geboren.

Ab 1959 besuchte ich die Volksschule in Dillingen. 1964 trat ich in den humanistischen Zweig des Johann-Michael-Sailer-Gymnasiums in Dillingen ein und wechselte 1966 an das musische Albertus-Magnus-Gymnasium in Lauingen a.d.Donau über, wo ich 1973 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1977 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, das ich im Herbst 1982 beendete.
Am 8.Februar 1983 erhielt ich die Approbation als Arzt.